

**Bakersfield Dermatology and Skin Cancer Medical Group**

5101 Commerce Drive, Suite 101, Bakersfield, CA 93309

661-327-3756

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de cuenta \_\_\_\_\_

(Uso de oficina)

**Informacion De Paciente:**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Naci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Primero, Inicial, Apellido

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir (Padres) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Que Medico lo Recomendo? \_\_\_\_\_

**Favor de contestar las sigüent preguntas:**

¿SI NECASSARIO, podemos dejar informacion en al contestador autimatico? SI NO

¿A sido paciente en esta oficina antes? SI NO ¿Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Otro miembro de su familia a sido paciente en nuestra oficina? SI NO ¿Si? ¿Cuando? \_\_\_\_\_

He aqí yo outorizo a Bakersfield Dermatology (el proveedor ) que administre tratamiento medico, o cuidado medico como mejor se determine sea nesarario para mi \_\_\_\_\_ (porfavor indique la relacion del menor al el guardian o su persona).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nombre del guardian legal) (Firma del guardian Legal) (Fecha)

**Padre/Guardian legal (Si paciente es asegurado por padre O no tiene 18 años)**

Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Naci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primero, Inicial, Apellido

Domicilio (si diferente de paciente) \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Casa/Trabajo Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Naci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primero, Inicial, Apellido

Direccion (si diferente de paciente) \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Casa/Trabajo Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Favor de facilitar la sigüente informacion:**

Aseguranza Primario \_\_\_\_\_

Nombre de Subsriptor \_\_\_\_\_ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subsriptor \_\_\_\_\_ Numero de grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aseguranza Secundario \_\_\_\_\_

Nombre de Subsriptor \_\_\_\_\_ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subsriptor \_\_\_\_\_ Numero de grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Yo e recibido el aviso de practica privada, y la regla de pago de seguro de Bakersfield Dermatology. Yo autorizo pago de beneficios de seguro y descargo informacion protegido de salud en acuerdo con regulaciones de HIPAA.**

Firma de Pacient (o guardia, si bajo 18 años)

Fecha

(Fima es valida por dos años, de la fecha, de este documento)

BAKERSFIELD DERMATOLOGY & SKIN  
CANCER MEDICAL GROUP  
(voluntario)  
FORMULARIO DE PERMISO

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

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación)

para acompañar a mi hijo/hijos como se indica a continuación a cualquier cita programada en mi ausencia. Esta persona **debe** ser mayor de 18 años.

\_\_\_\_\_  
(Nombre y fecha de nacimiento del(de los) paciente(s))

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

BAKERSFIELD DERMATOLOGY & SKIN CANCER MEDICAL GROUP  
5101 COMMERCE DRIVE, SUITE 101  
BAKERSFIELD, CA 93309  
(661)327-3756

BAKERSFIELD DERMATOLOGY & SKIN CANCER MEDICAL GROUP  
5101 COMMERCE DRIVE SUITE 101  
BAKERSFIELD, CA 93309  
661-327-3756

**AVISO DE LA HIPAA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

Nombre del paciente impreso: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Número de la carta: \_\_\_\_\_

Bakersfield Dermatology & Skin Cancer Medical Group está obligado por ley a mantener la privacidad de y proporcionar a las personas el Aviso adjunto de nuestros Deberes Legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si desea una copia de thes Aviso, por favor pregunte.

Por la presente reconozco que he recibido y revisado el documento del Aviso de Práctica de Privacidad de la HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente/fecha del padre

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o representante/padre del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Bakersfield Dermatology & Skin Cancer Medical Group**  
**5101 Commerce Drive, Suite 101, Bakersfield, CA 93309**  
**661-327-3756**

**Notificación de HIPAA de las prácticas de privacidad**

- Esta notificación describe cómo puede ser usada la información médica sobre usted Y revelar y cómo usted puede adquirir el acceso para esta información. Por favor Léalo cuidadosamente.
- Para cubrir los requisitos legales de la portabilidad de seguro médico y la ley de rendición de cuentas (HIPAA), Dermatology de Bakersfield debe describir sus usos y revelaciones de la información de salud protegida (La pi). La ley permite que Dermatology de Bakersfield revele la pi para los propósitos del tratamiento, el pago, Y las operaciones de atención sanitaria. Estos tres artículos son refer to colectivamente como TPO. TPO puede inclusión La información como notas de tabla, informes del laboratorio, historia médica, las diagnosis, la cobertura de seguro, Historia de pago, y información demográfica pero no está limitado a estos ejemplos. HIPAA requiere eso Lo informamos de todos los usos y las revelaciones de su Phi requeridas o admitir por ley. Esta notificación inform Usted como el que podemos revelar su Phi en el transcurso de TPO en formatos escritos y electrónicos, y orales Necesario para sus necesidad médicas, requisitos de seguro, pagos para su cuenta, y la salud Operaciones de cuidado de esta práctica. Las revelaciones serán hechas a compañías de seguros, a el(la/los/las) de otros médicos probablemente Oficinas laboratorios médicos, y farmacia tan requeridas para sus necesidad médicas, pago y el Operaciones de atención sanitaria rutinarias de esta práctica. Todas las revelaciones posibles descritas en esta notificación lo son Part of la función rutinaria de una consulta médica; solamente HIPAA exige que nosotros lo informemos de ellos ahora. El Ley de HIPAA también exige que nosotros mantengamos la privacidad de la pi y lo suministremos con la notificación de nuestros servicios legales Y las prácticas de privacidad con respecto a la pi. Esta notificación de las prácticas de privacidad de las que (NPP) constituye la notificación Estos servicios legales y prácticas de privacidad. Todos nuestros empleados son exigidos firmar la confidencialidad Contratos al contratar. Son entrenados en el uso correcto y la revelación de Phi y práctica discreta Métodos de la comunicación in order mantener su privacidad. Somos requeridos por ley con la que cumplir el Contenido de este NPP.
- Dermatology de Bakersfield puede contactarse con usted para recuerdos de cita, la información respecto a su cuenta, La información de beneficio de salud, las alternativas de trato, y los servicios que pueden ser of interest a usted.
- De vez en cuando los pedidos legales (i.e.. Citaciones y órdenes judiciales) ser hecho para copies of registros patientes. Esto no ocurre a menudo, sin embargo Dermatology de Bakersfield cumplirá con que ninguna instrucción del tribunal hacerlo/serlo Provea la tal información como requerir por ley. Los pedidos judiciales y legales de la ejecución de la ley no lo son Cubrir bajo la ley de HIPAA. However improbable, HIPAA requiere que lo informemos de esta posibilidad.
- Usted tiene el derecho bajo la ley de HIPAA a la que revisar y pedir copias y las enmiendas (not Cambia) a sus registros médicos y a las restricciones de solicitud sobre los usos y los revelaciones de su Phi, Como una restricción enviar la pi a una médicos oficina específica o farmacia. Sin embargo, la ley no lo hace Requera que estemos de acuerdo con el pedido. Usted también tiene el derecho del que pedir una forma alternativa Comunicación para su Phi, como envío en lugar de enviar por fax. Usted tiene el derecho de recibir uno Contabilidad de las revelaciones que son inconexo a TPO. Nos reservamos el derecho de cobrarlo a por copias hechas Sobre su behalf en esta instalación y requera que uno de nuestros personal hagan cualquier copias pedidas.
- Dermatology de Bakersfield se reserva el derecho de cambiar y cambiar los términos de su NPP. A cambiar o

NPP en curso será hecho asequible a la solicitud a todos pacientes. Todos pacientes reciben el NPP en curso on Su visita inicial. Los pacientes pueden presentar una queja a Dermatology de Bakersfield en la forma de una carta firmada hacerlo/serlo La dirección en la cumbre de este aviso. Pacientes también pueden quejarse al secretario directamente del Ministerio de Salud y Servicios Humanos

(HHS.). Para hablar de any and all temas contenidos en este NPP O para la información adicional contáctese con el director de la oficina de la práctica en 661-327-3756

- HIPAA requiere que una fecha de vencimiento sea incluida en esta notificación; esa fecha será 3 - years de la fecha Usted firmó el recibo del lanzamiento de registros.