

Island View Gastroenterology

Stephen D. Covington, M.D., Inc. • Charles L. Menz, M.D., Inc. • Kip D. Lyche M.D., Inc. •
Benito A. Pedraza, M.D., Inc. • Chetan V. Gondha, M.D., Inc. • Joel Alpern, M.D., Inc. • Laya Nasrollah, M.D., Inc. • Tatyana Mitina, P.A.-C

168 N. Brent Street, Suite 404, Ventura, CA 93003
1901 Solar Drive, #205, Oxnard, CA 93036
Telephone: (805) 641-6525 Fax: (805) 641-6530

Favor de Imprimir Su Informacion:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo Postal _____ Seguro Social: _____
Telefono: _____ Celular: _____
Edad: _____ Licencia de Conducir/ Estado _____ / _____
Sexo: M ___ F ___ Casad: ___ Solt: ___ Viud: ___ Div: ___
Empleador _____ Direccion _____ Telefono _____
Nombre de Esposo/a o Persona Reasonable: _____ Empleador _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____
Persona para Contacto en caso de Emergencia _____
Relacion al Paciente: _____ Telefono: _____
La Informacion de Aseguransa: Medicare: _____ Med-Cal: _____
Primaria: _____ Secundaria: _____
Nombre de la Compania: _____ Nombre de la Compania: _____
Nombre del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____
Numero de Poliza: _____ Numero de Poliza: _____
S.S.N del Asegurado: _____ S.S.N del Asegurado: _____
Fecha de nacimiento del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____
Medico de Referencia: _____ Fecha de los Ultimos Rayos-X: _____

Favor de Firmar lo Siguiete:

Asigno a este proveedor, todos los beneficios a que tengo drerecho por los gastos medicos relacionados con este servicio. Yo entiendo que soy financieramente responsable a este proveedor de los cargos no cubiertos por esta asignacion. ENTIENDO QUE SI MI SEGURO NO ESTA EN EFECTO EL BALANCE ES MI RESPONSABILIDAD.

Firma: _____ Fecha: _____

Por este medio, yo autorizo al medico cuyo nombre aparece arriba a entregar copias de mi expediente medico, compania de seguros o de salud que solicitan information acerca de mi estado de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Island View Gastroenterology Associates

Gastroenterology • Hepatology • Endoscopy
168 North Brent Street, Suite 404 • Ventura, CA 93003
Telephone: (805) 641-6525 • FAX: (805) 641-6530

EL REGISTRO DE DECLARACIONES

En general, la regla de Privacidad de HIPAA les da a individuos el derecho de solicitar una restricción en usos y revelaciones de su información protegida de salud. El individuo tiene el derecho de solicitar su información de comunicación confidencial protegida de salud o puede obtener información protegida del paciente mediante correspondencia a la oficina de negocios en vez de domicilio de casa.

Si corresponde, ¿Podríamos enviarle un mensaje de texto? **SI** **NO**

Si corresponde, ¿Podríamos enviarle un correo electrónico? **SI** **NO**

Si corresponde, ¿Podríamos mandarle un correo electrónico o mensaje de texto para comunicarnos con usted?

- IVGA podría utilizar mensaje de texto o correo electrónico para recordarle de su cita.
- IVGA podría utilizar mensaje de texto o correo electrónico para recordarle cuando es debido a visitas al consultorio o procedimientos.
- IVGA podría utilizar mensajes de texto o correo electrónico para promover educación de cuidado de la salud de paciente.
- Los mensajes de texto podrían ser de dos formas. Los mensajes de texto no son monitoreados 24/7. Mensajes de texto que son iniciados por usted tal vez no serían compatibles con HIPAA a través de su uso continuado, usted es consiente y reconoce el intercambio de información.

€ Reconozco y consiento

¿Podríamos dejar un mensaje en su contestador automático de casa? **SI** **NO**

- Deje un mensaje con un número de devolución de llamada únicamente. Seleccione aquí. **SI**

¿Podríamos dejar un mensaje en su teléfono móvil? **SI** **NO**

- Deje un mensaje con un número de devolución de llamada únicamente. Seleccione aquí. **SI**

¿Tiene un método de comunicación preferido que no esté en la lista anterior? En caso afirmativo, indíquelo a continuación:

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? **Y SI** **Y NO**

Confirmado SI por favor lista los miembros:

Firma del Paciente: _____

Este consentimiento fue firmado por: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Island View Gastroenterology

Stephen D. Covington, M.D., Inc. • Charles L. Menz, M.D., Inc. • Kip D. Lyche M.D., Inc. •
 Benito A. Pedraza, M.D., Inc. • Chetan V. Gondha, M.D., Inc. • Joel Alpern, M.D., Inc. • Laya Nasrollah, M.D., Inc. • Tatyana Mitina, P.A.-C

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Doctor Primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos		Problemas Activos	
Nombre	Dosis		
Farmacia:		Antecedentes Medicos	
Nombre:			
Telefono :			
Alergias		Antecedentes de Cirugia	
Antecedentes Familiares		Raza :	Tabaco/Fuma :
		Etnicidad:	Alcohol :
		Idioma :	Ejercicio :
		Profesion :	
		Estado matrimonial:	

Island View Gastroenterology

Stephen D. Covington, M.D., Inc. • Charles L. Menz, M.D., Inc. • Kip D. Lyche M.D., Inc. •
 Benito A. Pedraza, M.D., Inc. • Chetan V. Gondha, M.D., Inc. • Joel Alpern, M.D., Inc. • Laya Nasrollah, M.D., Inc. • Tatyana Mitina, P.A.-C

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Doctor Primario: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nueva Informacion paciente Suplementaria:

Llene por favor el siguiente completamente. Esta informacion ayudra a su cuidado medico.

LA REVISION DE SISTEMAS: (Circule todo que aplica a usted)

General:	Perdida de Peso	Fiebre	Escalofrio	
Los Ojos:	Vision Borrosa	Ojos Rojos	Reducion de Vision	
Los Oidos:	El Oir Disminuido	zumbido en los oidos		
La Nariz:	La Nariz sanrieta			
La Garganta:	Ronquera	Garganta adolorida		
El Corazon:	Palpitaciones	dolor del pecho	tobillos hinchados	
Los Pulmones:	Falta de aliento	Dolor al respirar	Tos	Produccion de Flemas
Los Rinones:	Sangre en la orina	Dificultad al Orinar		
Los Musculos & Huesos	Arthritis	Coyunturas hinchadas	Musculos doloridos	
La Piel:	Comezon	Ronchas salpullido	Lunares Nuevos	
Los Nervios:	Entumecimento	Sentir Hormigueo	Debilidad	Dolor de cabeza
Endocrino:	Orinando demasiado	Intolerancia calinte	Intolerancia frio	

Todo Fue revisado por: _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente

ISLAND VIEW GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES

168 N. Brent Street, Suite 404, Ventura CA 93003

Phone: 805.641.6525 Fax: 805.641.6530

**NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD
ACUSE DE RECIBO**

Yo, _____ afirmo por la presente haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad por parte de Island View Gastroenterology Associates. Conforme a la ley federal 104-191, también conocida como HIPAA, tengo derecho a recibir una copia de la presente Notificación por parte del proveedor de atención médica.

Entiendo que mi firma en el presente Acuse de Recibo solamente significa que he recibido una copia de la Notificación, y de ninguna manera me vincula u obliga legalmente.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad por parte del proveedor de atención médica, ya sea que firme o no el presente Acuse de Recibo.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Nombre del representante personal (si corresponde)

Descripción de la autoridad ejercida por el representante personal (si corresponde)

▼ ▼ ▼ SOLO PARA USO DE LA OFICINA ▼ ▼ ▼

Al paciente se le ofreció una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad pero se rehusó a firmar el acuse de recibo

Firma del personal:

Fecha:

Revisión Septiembre 2013

ISLAND VIEW GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES

168 N. Brent Street, Suite 404, Ventura CA 93003

Phone: 805.641.6525 Fax: 805.641.6530

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La presente notificación tiene vigencia a partir del 26 de marzo de 2013

**LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y
DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, REVISE LA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE**

ESTAMOS OBLIGADOS POR LEY A PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica y aquella que lo identifique. La información médica puede ser información sobre la atención médica que le proporcionamos a usted o con respecto a pagos por atención médica que le hemos proporcionado. Asimismo, puede referirse a información sobre su condición médica en el pasado, el presente o el futuro.

También estamos obligados por ley a entregarle la presente Notificación Sobre Prácticas de Privacidad, explicándole nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Estamos obligados legalmente a cumplir con los términos y condiciones de la presente Notificación. Es decir, solamente podemos usar y divulgar información médica en la forma en que se describe en la presente Notificación.

Podemos cambiar los términos y condiciones de la presente Notificación en el futuro. Nos reservamos el derecho a hacer cambios y a que la nueva Notificación entre en vigencia para toda la información médica que mantenemos en nuestros registros. En caso de realizar cambios a la Notificación, nosotros:

- Publicaremos la nueva Notificación en la sala de espera.
- Entregaremos copias de la nueva Notificación, previa solicitud. Por favor, comuníquese con Island View Gastroenterology Associates al 805.641.6525.

En el resto de la presente Notificación se tratarán los siguientes temas:

- Cómo podemos usar y divulgar su información médica.
- Sus derechos con respecto a su información médica.
- Cómo y dónde usted puede presentar una queja/denuncia con respecto a la privacidad.

Si, en algún momento, usted tiene alguna pregunta sobre la información que se incluye en esta Notificación o sobre nuestras políticas de privacidad, procedimientos o prácticas, usted puede comunicarse con nuestro Director de Privacidad al **805.641.6525**.

NOSOTROS PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA EN DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS

Nosotros usamos y divulgamos información médica de nuestros pacientes todos los días. En esta sección de la Notificación se explica en detalle cómo nosotros podemos usar y divulgar su información médica con el fin de proporcionar atención médica, obtener pagos por dicha atención médica y administrar nuestra empresa eficientemente. En esta sección se menciona brevemente otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica. Para más información acerca de cualquiera de dichos usos o divulgaciones o sobre cualquiera de las políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Director de Privacidad al **805.641.6525**.

1. Tratamiento

Nosotros podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle a usted atención médica o tratamientos. Es decir, nosotros podemos usar y divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios afines. Ello puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y la coordinación y administración de su atención médica con terceros.

2. Pago

Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por servicios de atención médica que usted ha recibido. Ello significa que, dentro del departamento de salud, nosotros podemos usar su información médica para concertar pagos (así como la preparación de facturas y la administración de cuentas). Asimismo, podemos divulgar su información a terceros (como aseguradores, agencias de cobranza, y agencias de informe del consumidor). En algunos casos, podemos divulgar su información médica a un seguro médico antes de que usted reciba ciertos servicios de atención médica porque, por ejemplo, tenemos que saber si el plan de seguro médico pagará por un servicio en particular.

3. Operaciones de atención médica

Nosotros podemos usar y divulgar su información médica al realizar diversas actividades comerciales que denominamos "operaciones de atención médica". Dichas actividades de "operaciones de atención médica" nos permiten, por ejemplo, mejorar la calidad de la atención que proporcionamos y disminuir los costos de atención médica. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica al realizar las siguientes actividades:

- Revisar y evaluar aptitudes, cualificaciones y desempeño de los proveedores de atención médica que lo atienden a usted.
- Ofrecer programas de capacitación a estudiantes, aprendices, proveedores de atención médica o profesionales no relacionados a la atención médica para ayudarles a practicar o mejorar sus capacidades.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican o matriculan a los proveedores de atención médica personal o instalaciones en un campo o especialidad en particular.
- Revisar y mejorar la calidad, eficiencia y costo de la atención que le ofrecemos a usted y a los demás pacientes.
- Mejorar la atención médica y disminuir los costos para los grupos de personas que tienen problemas similares de salud u ayudar a administrar y coordinar la atención para dichos grupos.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan la calidad de la atención que nosotros y otros proveen, incluyendo las agencias gubernamentales y las organizaciones privadas.
- Planificar las operaciones futuras de nuestra organización.
- Resolver los problemas dentro de nuestra organización.
- Revisar las actividades y usar o divulgar la información médica en caso de que el control de nuestra organización cambie radicalmente.
- Trabajar junto a otras personas (tales como abogados, contadores y otros proveedores) que nos ayudan a cumplir con la presente Notificación y demás leyes aplicables.

4. Comunicaciones telefónicas

Podemos usar y divulgar la información médica para comunicarnos con usted y recordarle acerca de los turnos, los temas relacionados con el seguro o información sobre opciones alternativas de tratamiento.

5. Hoja de registro

Podemos usar y divulgar su información médica cuando usted se registra al ingresar al centro. Asimismo, podemos llamar su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

6. Personas que participan en su atención médica

Podemos divulgar su información médica a un pariente, amigo personal o a cualquier otra persona que usted identifique si dicha persona participa en su atención médica y la información resulta relevante para su atención. Si el paciente es menor de edad, podemos divulgar su información médica al padre, madre,

tutor u otra persona responsable por el menor, excepto en circunstancias limitadas. Para más información sobre la privacidad de la información de menores, comuníquese con el Director de Privacidad al **805.641.6525**.

Asimismo, podemos usar o divulgar su información médica a un pariente, a otra persona que participa de su cuidado o posiblemente a una organización socorrista (como ser la Cruz Roja) si necesitamos avisarle a alguien sobre su ubicación o condición.

Usted nos puede solicitar en cualquier momento que no divulguemos su información médica a las personas que participan de su cuidado. Nosotros aceptaremos su solicitud y no divulgaremos la información, excepto en algunos casos limitados (como ser emergencias) o si el paciente es menor de edad. Si el paciente es menor de edad, es posible que podamos o no aceptar su solicitud.

7. Establecido por ley

Nosotros usaremos y divulgaremos su información médica cuando así lo establezca la ley. Existen muchas leyes estatales y federales que nos obligan a usar y divulgar información médica. Por ejemplo, las leyes estatales nos obligan a reportar a la policía las heridas de bala y otras lesiones y a reportar abuso infantil o negligencia, cuando es evidente o se sospecha, al Departamento de Servicios Sociales. Nosotros cumpliremos con dichas leyes estatales y con todas las leyes aplicables.

8. Usos y divulgaciones de prioridad nacional

Cuando la ley lo permite, podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización para diferentes actividades que son reconocidas como "prioridades nacionales". Es decir, el gobierno ha determinado que bajo ciertas circunstancias (descriptas más abajo), es tan importante divulgar la información médica que se puede divulgar dicha información sin la autorización de la persona. Solamente divulgaremos su información médica en las siguientes circunstancias cuando así lo permita la ley. A continuación se describe brevemente las actividades denominadas "prioridad nacional" que la ley reconoce. Para más información sobre este tipo de divulgaciones, comuníquese con el Director de Privacidad al **805.641.6525**.

- **Amenaza a la salud o la seguridad:** Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario evitar o disminuir una amenaza seria a la salud o la seguridad.
- **Actividades de salud pública:** Podemos usar o divulgar su información médica para actividades salud pública. Las actividades de salud pública requieren de la información médica para diferentes actividades, incluyendo pero no limitado a actividades relacionadas con la investigación de enfermedades, informe sobre abuso o negligencia infantil, monitoreo de drogas o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y el monitoreo de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa (como ser una enfermedad de transmisión sexual), nosotros podemos informarlo al Estado y tomar otras medidas para evitar la propagación de la enfermedad.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Nosotros podemos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental (como ser el Departamento de Servicios Sociales) si usted es mayor de edad y nosotros creemos que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud - que es básicamente una agencia responsable de supervisar el sistema de atención médica o a ciertos programas gubernamentales. Por ejemplo, una agencia gubernamental nos puede solicitar información mientras investigan un posible fraude de seguro médico.
- **Procedimientos judiciales:** Podemos divulgar su información médica al tribunal o a un funcionario del tribunal (como ser un abogado). Por ejemplo, nosotros divulgaríamos su información médica a un tribunal si un juez así nos lo ordena.
- **Fuerzas de seguridad:** Podemos divulgar su información médica a un oficial de las fuerzas de seguridad para cumplir con algún propósito específico de las fuerzas de seguridad. Por ejemplo, podemos divulgar información médica limitada sobre usted a un oficial de la policía si el oficial necesita la información para encontrar o identificar a una persona desaparecida.

- **Médicos forenses y otras personas:** Podemos divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico, o director de una funeraria o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.
- **Compensación al trabajador:** Podemos divulgar su información médica para cumplir con las leyes de compensación al trabajador.
- **Organizaciones de investigación:** Podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones de investigación si la organización ha satisfecho ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.
- **Ciertas funciones gubernamentales:** Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir con ciertas funciones gubernamentales, incluyendo pero no limitado a actividades militares y veteranos de guerra y con actividades de seguridad e inteligencia nacional. También podemos usar o divulgar su información médica en algunas circunstancias a una institución correccional.

9. Autorizaciones

Excepto por los usos y divulgaciones descritos anteriormente (#1-6), no usaremos o divulgaremos su información médica sin su "autorización" – o autorización firmada – por usted o su representante personal. En algunos casos, es posible que deseemos usar o divulgar su información médica y es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización. En otros casos, usted se puede comunicar con nosotros para pedirnos que divulguemos información médica y nosotros le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si usted firma un formulario de autorización permitiéndonos divulgar su información médica, usted podrá posteriormente revocar (o cancelar) su autorización escrita (excepto en limitadas circunstancias relacionadas con la obtención de seguro médico). Si usted desea revocar su autorización, usted puede escribirnos una carta revocando su autorización o puede llenar un Formulario de Revocación de Autorización. Puede solicitar los Formularios de Revocación de Autorización a nuestro Director de Privacidad. Si usted revoca su autorización, nosotros seguiremos sus instrucciones, salvo en la medida que ya hayamos utilizado su autorización y hayamos tomado medidas al respecto.

Los siguientes usos y divulgaciones de su información médica solamente serán realizados con su autorización (autorización firmada).

- Usos y divulgaciones con fines comerciales (de mercadeo).
- Usos y divulgaciones que constituyen la venta de información médica sobre usted. (Tenemos prohibido vender su PHI sin su expresa autorización escrita)
- La mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, si mantenemos notas de psicoterapia.
- Otros usos y divulgaciones que no están descritos en la presente Notificación.

10. Cambio de titularidad

En caso de que el centro sea vendido o se fusione con otra organización, su información/historia médica pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar que las copias de su información médica sean transferidas a otro médico o establecimiento.

SUS DERECHOS: Usted tiene varios derechos con respecto a su información médica. En esta sección de la presente Notificación se menciona brevemente cada uno de los derechos.

1. Derecho a tener una copia de la presente notificación

Usted tiene el derecho a solicitar/tener una copia impresa de la Notificación Sobre Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Además, siempre mantendremos una copia de la presente Notificación en nuestra sala de espera. Si usted desea tener una copia de la Notificación, por favor, pídale a la recepcionista que le entregue una copia.

2. Derecho de acceso a inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar (lo que significa observar o revisar) y a recibir una copia de su información médica que mantenemos en ciertos grupos de registros. Si nosotros mantenemos su historia clínica en un Sistema Electrónico de Registros Médicos, usted podrá obtener una copia

electrónica de su historia clínica. Usted también podrá solicitar por escrito que le enviemos una copia electrónica de su historia clínica a un tercero. Si usted desea inspeccionar o recibir una copia de su información médica, usted deberá entregar una solicitud por escrito. Usted puede escribirnos una carta solicitando acceso o puede llenar una **Autorización del Paciente para Uso o Divulgación de Información Médica Protegida**. Podrá solicitar dichos formularios a nuestra recepcionista.

En ciertas circunstancias, es posible que rechacemos su petición. Si rechazamos su petición, le informaremos por escrito la razón por la cual ha sido rechazada. Asimismo, le informaremos por escrito si usted tiene derecho a que nuestra decisión sea revisada por otra persona.

Si usted desea tener una copia de su información médica, le cobraremos un recargo para cubrir los costos de la copia. Los recargos por copias electrónicas, si contamos con registros electrónicos, de su historia clínica estarán limitados a los costos de mano de obra directos asociados con su petición.

Es posible que podamos entregarle un resumen o explicación de la información. Para más información sobre dichos servicios y cualquier otro recargo asociado, por favor, comuníquese con el Director de Privacidad.

3. Derecho a modificar la información médica

Usted tiene derecho a que nosotros modifiquemos (lo que significa corregir o suplementar) la información médica sobre usted que mantenemos en ciertos grupos de registros. Si usted cree que tenemos información inexacta o está incompleta, podemos modificar la información para indicar el problema e informarle a terceros que mantienen copias de la información inexacta o incompleta. Si usted desea que nosotros modifiquemos cierta información, usted debe entregarnos una solicitud por escrito y explicar por qué desea que modifiquemos la información. Usted puede, o bien, escribirnos una carta solicitando una modificación o puede llenar el Formulario de Solicitud de Modificación. Puede solicitar los Formularios de Solicitud de Modificación a nuestro Director de Privacidad.

En ciertas circunstancias, es posible que rechacemos su petición. Si rechazamos su petición, le informaremos por escrito la razón por la cual ha sido rechazada. Usted tendrá la oportunidad de enviarnos una declaración explicando por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su petición de modificación y nosotros compartiremos su declaración en todo momento que divulguemos la información en el futuro.

4. Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones que hemos hecho

Usted tiene derecho a recibir un informe (lo que significa un listado detallado) de las divulgaciones que hemos hecho durante los últimos seis (6) años. Si usted desea recibir un informe, puede enviarnos una carta solicitando el informe, puede llenar un Formulario de Solicitud de Informe o comunicarse con el Director de Privacidad. Puede solicitar los Formularios de Solicitud de Informe a nuestro Director de Privacidad.

El informe no incluirá algunos tipos de divulgaciones, incluyendo divulgaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si nosotros mantenemos su historia clínica en un sistema Electrónico de Registros Médicos (EHR, por sus siglas en inglés), usted puede solicitar que incluya divulgaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El informe tampoco incluirá divulgaciones que se hayan realizado antes del 14 de Abril de 2003.

Si usted solicita un informe más de una vez cada doce (12) meses, es posible que le cobremos un recargo para cubrir los costos de la preparación del informe.

5. Derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos el uso y divulgaciones de su información médica con respecto a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Conforme a la ley federal, nosotros debemos aceptar su solicitud y debemos cumplir con el pedido de restricciones si:

1. A menos que la ley exija lo contrario, la divulgación es para el seguro médico con el fin de realizar pagos de las operaciones de atención médica (y no es con el fin de llevar a cabo un tratamiento); y,

2. La información médica pertenece únicamente a un ítem de atención médica por el cual la atención médica provista fue pagada completamente por el paciente.

Una vez aceptada su solicitud, nosotros debemos cumplir con sus restricciones (excepto que la información sea necesaria para tratamientos de emergencia). Usted puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, nosotros podemos cancelar una restricción en cualquier momento, siempre y cuando le notifiquemos a usted de dicha cancelación y continuemos aplicando la restricción a la información recopilada con anterioridad a la cancelación.

Usted también tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos las divulgaciones de su información médica y tratamientos médicos a un seguro médico (aseguradora médica) o terceros, cuando dicha información esté relacionada únicamente a un ítem de atención médica o servicio por el cual usted u otra persona en su nombre (que no sea un seguro médico) nos haya pagado por completo. Una vez que usted haya solicitado dicha(s) restricción(es) y hayamos recibido el pago por completo, nosotros debemos cumplir con su(s) restricción(es).

6. Derecho a solicitar un método alternativo de contacto

Usted tiene derecho a solicitar a ser contactado a una ubicación diferente o por un medio diferente. Por ejemplo, es posible que usted prefiera que se le envíe toda la información impresa a su domicilio de trabajo en vez de a su domicilio particular.

Nosotros estaremos de acuerdo en cumplir con cualquier solicitud razonable con respecto a los métodos alternativos de contacto. Si usted desea solicitar un método alternativo de contacto, usted debe entregar una solicitud por escrito. Usted puede escribirnos una carta o llenar un **Formulario de Solicitud de Método Alternativo de Contacto**. Puede solicitar los Formularios de Solicitud de Método Alternativo de Contacto a nuestro Director de Privacidad.

7. Derecho a ser notificado si ha ocurrido un incumplimiento con respecto a la información médica

Usted también tiene derecho a ser notificado en caso de que ocurra un incumplimiento con respecto a su información médica. Si ocurre un incumplimiento con respecto a su información médica y si dicha información es no segura (no encriptada), le informaremos rápidamente y le proporcionaremos la siguiente información:

- Una breve descripción de lo que sucedió;
- Una descripción de la información médica que fue involucrada;
- Pasos recomendados a seguir para que usted se proteja de cualquier daño;
- Los pasos que nosotros estamos tomando en respuesta a dicho incumplimiento; y,
- Los procedimientos de contacto a seguir para que usted pueda obtener más información.

8. Derecho a ser excluido de los medios de comunicación de recaudación de fondos

Island View Gastroenterology Associates no lleva a cabo recaudación de fondos ni usa medios de comunicación como el Servicio Postal de los Estados Unidos o correos electrónicos para recaudar fondos.

Quejas/Denuncias

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados o si usted no está satisfecho con nuestras políticas o procedimientos de privacidad, usted puede presentar una queja/denuncia por escrito ante nuestra empresa o ante el gobierno federal.

Nosotros no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos la forma de tratarlo si usted presenta una queja/denuncia.

Para presentar una queja/denuncia por escrito ante nuestra empresa, usted debe entregarle directamente al Director de Privacidad la queja/denuncia o usted puede enviarla por correo al siguiente domicilio:

Nicole Cook
168 North Brent Street, Suite 404
Ventura, CA 93003
805.641.6525

Para presentar una queja/denuncia ante el gobierno federal, por favor, dirijala a la siguiente información de contacto:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Línea gratuita: 1- (877) 696-6775

Sitio Web: <http://www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Correo electrónico: OCRComplaints@hhs.gov

Island View Gastroenterology Associates

168 N. Brent Street Suite 404

Ventura, CA 93003

Phone: (805) 641-6525 Fax: (805) 641-6530

1901 Solar Drive Suite 205

Oxnard, CA 93036

(805) 973-1227

Follow My Health is our new and innovative secure patient portal that is designed to improve the exceptional care you receive. Access to this patient portal provides complete electronic documentation of the care you receive with physicians who participate.

Features

- ✓ Ability to request medication refills from your health care provider.
- ✓ You can ask your provider questions about your health.
- ✓ You can ask your provider's staff questions about your bill.
- ✓ You can ask your provider's staff questions about your appointment.
- ✓ Access your records anytime from any device that has internet access.

Your Follow My Health health record will include:

- ✓ Continuously updated electronic records from your healthcare providers
 - ✓ Medication List
 - ✓ Laboratory and other test results
 - ✓ Personalized educational resources
 - ✓ Immunization records
 - ✓ Your medical history and detailed information about your visits
 - ✓ Allergies

 - We will email you an invitation to enroll in Follow My Health.

 - Email Address: _____
-