



Bruce A. Bob, M.D., F.A.C.O.G. • Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Jay Curkendall, M.D., F.A.C.O.G.
Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G.
Marina Rasnow-Hill, M.D. • Laura Watters, M.D.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

WEST SACRAMENTO OFFICE
2101 Stone Blvd., Suite 110
W. Sacramento, CA 95691
Fax: 916 372-8636

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

En acuerdo con la nueva ley de Privacidad de información medica/salud, nosotros ya no estamos permitidos a dar información a miembros de familia, dejar mensajes en maquinas de mensaje, o solicitar tratamientos médicos de miembros de familia sin su consentimiento escrita. **Por favor llene la siguiente información.**

1. Por favor apunte las personas cuales están autorizadas a recibir información de su salud.

NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN

2. Por favor apunte las personas que pueden preguntar por tratamientos por usted o llamar con quejas medicas (ejemplo, llenar medicamentos, referencias, tratamiento de enfermedad).

NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN
NOMBRE	RELACIÓN

3. Estamos permitidos a dejar información en su maquina de mensaje? SI NO

4. Estamos permitidos a dejar información en la maquina de mensaje de su trabajo? SI NO

5. Tiene usted un correo electrónico que gustaría que usáramos? SI NO
SI TIENE, _____

6. Ay ciertas temas sobre la información de su salud que NO gustaría que habláramos con ninguna persona que no sea usted? SI NO

SI AY, POR FAVOR APUNTE LAS TEMAS:

NOMBRE DE PACIENTE : _____

Apunte Por Favor

FIRMA DE PACIENTE _____

FECHA _____

MM/DD/YYYY



Bruce A. Bob, M.D., F.A.C.O.G. • Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Jay Curkendall, M.D., F.A.C.O.G.
Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G.
Marina Rasnow-Hill, M.D. • Laura Watters, M.D.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

WEST SACRAMENTO OFFICE
2101 Stone Blvd., Suite 110
W. Sacramento, CA 95691
Fax: 916 372-8636

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

CONCENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA PERSONAL (IMP)

Como esta dicho en el formulario Consentimiento del Paciente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha creado el Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA) para asegurar su Información Medica Personal (IMP). IMP esta definido como su nombre, fecha de nacimiento, seguro social, dirección, numero de teléfono, información de seguro medico, y su historia medica.

Habrá tiempos cuando será necesario que nosotros demos esta información para llevar a cabo tratamiento medico, pagos, y cuidado de salud. En firmando el Consentimiento del Paciente para divulgación de (IMP), usted esta reconociendo que talvez seria necesario soltar información a su compañía de seguro medico, farmacia, o otra organización medica.

También es necesario reconocer que abra tiempos que su (IMP) se podría dar a conocer sin querer a otras personas que no sean trabajadores médicos. Algunas de estas situaciones están apuntadas abajo.

1. Su nombre y fecha de nacimiento podría ser oído por otros pacientes durante el día cuando este-mos dando tratamiento medico o completando operaciones medicas de negocio.
2. Su IMP podría ser soltados a corte por apercibimiento.
3. Su IMP podría durante ciertos tiempos dejar este edificio.
4. Su IMP podría dejar a saber durante auditorias de seguros médicos de nuestras prácticas y proced-imientos.
5. Su nombre y numero de teléfono podrían estar en vista en nuestro registre.

La lista anterior solamente son ejemplos y no pretende ser totalmente inclusiva.

Por favor note que en acuerdo con la regla privada, pedimos consentimiento escrito para soltar información médica a algún mi-embro familiar.

En firmando esta forma, yo entiendo y acepto que mi Información Medica Personal podría ser soltada a otras instituciones medi-cas y podrán ser dar a conocer sin querer a personas que no sean trabajadores médicos.

NOMBRE DE PACIENTE :

Apunte Por Favor

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

MM/DD/YYYY



Bruce A. Bob, M.D., F.A.C.O.G. • Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Jay Curkendall, M.D., F.A.C.O.G.
Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G.
Marina Rasnow-Hill, M.D. • Laura Watters, M.D.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

WEST SACRAMENTO OFFICE
2101 Stone Blvd., Suite 110
W. Sacramento, CA 95691
Fax: 916 372-8636

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

FORMA DE CONCENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha creado una "Regla de Privacidad" para asegurar que Información Medica Personal (IMP) esta protegida por privacidad. La regla de Privacidad también fue creada para darle consentimiento a oficinas médicas para el uso y divulgación de IMP de pacientes para dar tratamientos, pagos, y otras operaciones medicas.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de su IMP y haremos todo en nuestro poder de asegurar y proteger esa privacidad. Siempre aseamos un esfuerzo de tomar precauciones para porter su privacidad. Cuando es necesario, damos solamente la información minima a quien pensamos que necesitan su información médica y información de tratamiento, pagos, o operaciones medicas.

También queremos que sepa que soportamos su acceso total de su información médica. Podremos tener relaciones para tratamiento indirectas con usted (como laboratorios que solamente tratan con doctores y no con pacientes), y tendremos soltar su IMP pare el propósito de tratamiento, pagos, o otras operaciones medicas. Usualmente, no es necesario obtener consentimiento del paciente.

Usted podrá rechazar el consentimiento del uso y divulgación de su IMP, pero debe ser escrito. Debajo de esta ley, tenemos el derecho de rechazarle tratamientos si rechaza la divulgación de su IMP. Si escoja dar consentimiento en esta forma de consentimiento del paciente, alguna ves en el futuro, usted podrá pedir rechazar todo o parte de su IMP. No podrá revocar acciones que ya han pasado y que confío anteriormente en firmando este consentimiento.

Si usted tiene alguna protesta contra esta forma, por favor de preguntar hablar con nuestro oficial compatible de HIPPA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso privado, para solicitar regestiones, y revocar consiento escrito después de que a revisado nuestro aviso privado.

NOMBRE DE PACIENTE : _____
Apunte Por Favor

FIRMA DE PACIENTE _____ **FECHA** _____
MM/DD/YYYY



NOTIFICACIÓN DE LA GARANTÍA DE LA CONFORMIDAD PARA NUESTROS PACIENTES

Pacientes valorados:

El mal uso de IMP ha estado identificado como un problema nacional, causando molesta para pacientes, agravación, y dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, directores, y doctores continuamente pasamos por entrenamiento para entender y cumplir con las reglas del gobierno con respecto a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA), con énfasis particular en la regla de privacidad. Esforzamos a lograr lo mas alto de ética y integridad en realizando servicios a nuestros pacientes.

Es nuestra policia encontrar y determinar usos apropiados de IMP en acuerdo con reglas del gobierno, leyes, y reglamento. Queremos asegurar que nuestra práctica nunca contribuye en ninguna forma al problema del mal uso y divulgación de IMP. Como parte de este plan, amos implementado un programa de conformidad que creamos nos ayudara prevenir el mal uso de IMP.

También sabemos que no somos perfectos. Y por eso, nuestra policia es siempre oír a nuestros empleados y nuestros pacientes, sin pensamiento de penalización, si sienten que un evento compromete nuestra policia de integridad. Nos gustaría saber de cualquier problema para arreglar el asunto el más pronto posible.