



# NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

Nombre de paciente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo: H / M

Estado matrimonial: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_ Lenguaje preferido: \_\_\_\_ Etnicidad: (circula uno): No Hispano/No Latino Hispanic/Latino

\*\*Si el paciente es un menor? **S/N** Si es así, quien es su garante: \_\_\_\_\_ Garante SS# y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado de empleo: (circule uno): Tiempo completo Medio completo Sin empleo Cuenta propia Retirado Estudiante Nada

Nombre del suscriptor: (si es diferente del nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Suscriptor SS#: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

En emergencia, contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Como escuchaste de North Buncombe Family Medicine, P.A.? \_\_\_\_\_

Por favor anote nombres de familiares o amigos a quien le podemos hablar sobre su salud general si usted no esta disponible. Esto no incluye detalles médicos y resultados de laboratorio. Autorización adicional es requerida.

## Beneficios asignados

Yo autorizo a Medicaid y/o Medicare que paguen a North Buncombe Family Medicine, P.A. los beneficios cubierto por aseguransa. Yo también les autorizo el descargo de información medica a mi aseguransa.

Yo entiendo que North Buncombe Family Medicine, P.A.

- Se espera el pago el día de su cita. Si tiene aseguransa por un transportista contratado, co-pago, deducible se espera antes de su cita.
- Acepta Medicaid, Medicare y todas aseguransas y reclamara una demanda por mi. Pero es mi responsabilidad saber los detalles de mi aseguransa y su cobertura y proporcionar North Buncombe Family Medicine, P.A con lo mas reciente y precisa información. .
- Provides services and treatment, which are medically appropriate. However, some of these may not be covered by my insurance plan and these will be my responsibility to pay.
- Expects the parent or guardian to pay for all services rendered to their dependents.

## Consent for Treatment

I hereby consent to medical treatment(s) and diagnostic lab(s). I understand I have the right to ask questions about my treatment and/or procedures and I agree to notify my provider of my concerns.

## Notice of Privacy Practices Acknowledgement

I have been provided a copy of North Buncombe Family Medicine, P.A., **Notice of Privacy Policies**, detailing how my information may be used and disclosed as permitted under federal and state law.

Patient or Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

## Acuerdo Paciente/Doctor

Gracias por escoger a North Buncombe Family Medicine, P.A. (NBFM) para su atención primaria. Nuestra oficina se dedica a proveer alta calidad de cuidado de salud y hay pólizas para realizar y mantener ese objetivo. Este acuerdo de Paciente/Doctor esta preparado para informarle mejor sobre nuestras pólizas de oficina.

### **Póliza de cita**

Es nuestra norma que cualquier cita a la que no podrá asistir requiere un aviso de veinticuatro horas. Si no nos avisa en veinticuatro horas de que no podrá asistir a su cita entonces será una cita perdida. Entendemos que emergencias pasan y se podrá hablar sobre esas situaciones si es necesario.

Cuando un paciente falta de asistir a su cita entonces resulta en una violación de póliza y procedimiento. **Si no notifica a la oficina de que no puede asistir a su cita puede resultar en ser despedido de nuestra oficina.**

**Una cuota de \$25.00 se requiere por una cita perdida o no cancelada veinticuatro horas antes.**

### **Entrada al Hospital**

Para asegurar cualidad de usted y su familia al entrar al hospital, nuestros doctores han hecho un arreglo con dos grupos que podrán ayudar con nuestros pacientes quienes requieren admisión y cuidado en el hospital Mission.

Asheville Hospitalist Group (AHG) es parte del hospital Mission. Son un grupo de doctores parte del sistema de salud de Mission. Ellos proporcionan ayuda veinticuatro hora al día y siete días a la semana para aquellos que se tendrán que quedar en el hospital. Han hecho una buena relación con la comunidad y los doctores de esta región. Ellos ayudaran a los pacientes de esta oficina.

Mountain Area Family Health Center (MAHEC) es un grupo local de doctores autorizados. Ellos proporcionan cuidado veinticuatro horas al día y siete días a la semana en el hospital Mission y han creado una relación fuerte con la comunidad y doctores alrededor. MAHEC cuidara de nuestros recién nacidos y jóvenes.

Asegúrense que habrá comunicación entre North Buncombe family Medicine, PA y los doctores en MAHEC y AHG cuidando de su salud durante su estado en el hospital.

(sigue)

## **Recetas**

En su primera cita su doctor necesitara una lista de sus medicamentos recientes.

- Para volver a llenar una receta se requiere un aviso de veinticuatro horas.
- No podemos recetar un antibiótico por el teléfono. Tendrás que ver un doctor antes de ser recetado un antibiótico.
- No podemos renovar una receta si no ha tenido una cita con su doctor en los últimos doce meses.
- El doctor en llamada no llenara una receta después de las horas de la oficina, incluyendo fin de semana y días festivos.

## **Sustancia controlada (Narcóticos) recetas**

Su doctor podrá recetar una sustancia controlada ara ayuda sus síntomas. Como estos medicamentos pueden ser abusados, tenemos ciertos requisitos para su uso.

Nuestra póliza requiere que trates estos medicamentos con gran respeto y los mantengas seguro.

- No deben dejarse donde niños lo encuentren.
- No deben estar en un lugar publico.
- No deben compartirse con otros.
- Deben tomarse solo como esta recetado. .

Nuestros doctores ejercen firme control sobre estos medicamentos.

- Una receta nueva no será dada si sus medicamento se pierden o es robada.
- No se volverá a llenar si el medicamento se usa de mas (basado en las instrucciones de la botella).
- Es nuestra póliza de no rellenar recetas narcóticos sin una visita.

Alguna evidencia de mal uso de estos medicamentos será acción rápida de nuestra parte.

- Por lo menos, alguna evidencia de mal uso significa que no se le dará estos medicamentos mas.
- Recetas alteradas o evidencia de medico-comercial o fraude aparentado en obtener estos medicamentos terminara en llamada a la policia.
- Cualquier violación puede resultar en despido inmediata de la oficina.

***Atención: Si esta tomando algún otro medicamento narcótico recetado por otro doctor por favor déjennos saber inmediatamente. Nuestros doctor quizá no podrán seguir dando esas recetas.***

## **Conclusión**

Nos esforzamos a proveer la mas alta calidad de cuidado de salud. Por favor siéntese libre de hacerle cualquier pregunta a unos de nuestros trabajadores. Estamos aquí para ayudarlo y cuidarlo. En cambio le pedimos que trate nuestros empleados siempre con respeto.

Eh recibido y leído el Acuerdo de Paciente/Doctor y concuerdo con los requisitos.

**Nombre de paciente (Imprime):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Paciente o guardián legal)

# North Bncombe Famliiy Medicine, P.A.

Póliza Financial del paciente

**A nuestros pacientes:** Bienvenido a nuestra oficina! Estamos muy felices de tenerlos como pacientes.

**Pólizas finánciales del paciente:** Estas obligado a proveer información de aseguranza a cada visita y durante su cuidado. Beneficios y elegibilidad son verificados antes de cada cita. Pagos son colectado basado en sus beneficios elegible al momento. Co-pagos, coaseguros, deducibles y balances debidos serán colectados en el momento. No cobramos la porción del paciente en la visita.

**Auto pago:** Pagos en completo se espera al momento del servicio y no hay opción de plan de pago. Ofrecemos 20% de descuento cuando se paga en el momento.

**Asegurancias comerciales:** Nosotros presentamos a la aseguranza para usted solo si la información mas reciente no es dada. Todo balance y co-pagos del pasado tendrá que ser pago nates de su cita. Si tiene un deducible o coaseguraza junto con su aseguranza, colectamos su pago al fin de su visita. Serás obligado a pagar esa cuenta al fin de su cita. No cobramos por su porción estimada a su visita. Como su acuerdo con su aseguranza es privado, no es nuestra rutina averiguar porque su aseguranza no ha pagado o porque pago menos de lo que esperabas. Si su aseguranza no paga en 30 días del día de su cita o si no cubre su cita completa serás facturado y el pago es debido en completo inmediatamente.

Nuestra oficina reclamara las aseguranzas que no participan con nosotros. Aquellas aseguranza que están afuera de la red serán requeridos a pagar por completo. Cualquier beneficio será cobrado a usted.

**Medicare:** Nuestra oficina participa con Medicare y cobrara a Medicare por usted. Si tiene aseguranza secundaria a Medicare cobraremos por usted. Si acaso no tiene aseguranza secundaria o su aseguranza secundaria no cubre su deducible de Medicare o co-aseguranza, serás obligado a pagar esa porción de la visita.

**Medicaid:** Nuestra oficina participa con Medicaid y cobrara a Medicaid para usted. Co-pagos se necesitaran cuando venga por su cita. Si tiene Medicaid-Carolina Access, el nombre de nuestra oficina tiene que estar en su tarjeta. No aceptamos Medicaid- Carolina Access que tenga el nombre de otra oficina.

**La comprensión del trabajo:** Si su visita se relaciona con su trabajo recitaremos nombre de la compañía , persona para contactar, numero de teléfono. La comprensión de trabajo tiene que ser verificada antes de su visita.

**Auto/otra Póliza:** Si su visita es relacionada con un accidente de auto o enfermedad relacionada con el accidente cobraremos completo o al momento de visita. Tendremos que reclamar la demanda con la persona en el accidente.

**En conclusión:** Nuestra oficina acepta efectivo, cheque personal, tarjeta de crédito/debito. (Visa, MasterCard y Discover).

Para cheques regresados se cobrara \$25.00 de recargo, cuotas de banco, se reportan al abogado de distrito local cobre cheques que no son pagados en 2 semanas de haber regresado.

Si no pagado por estos términos, entiende que nuestra oficina reporta a un agente de colección. En el evento que su cuenta se transfiere a un agente de colección, tendrá que aceptar la cuota adicional. Estas cuotas incluye el del agente de colección y del abogado. **Si no se paga puede finalizar su estado en nuestra oficina y sus familiares.**

Debemos cobrar su aseguranza por todo que se haga en la cita. No cambiaremos un diagnostico para que su aseguranza pague mas. Es ilegal!

Nuestra oficina presenta cargos a la aseguranza. El paciente es responsable por todo los cargos de servicio. Eh leído y entiendo y estoy de acuerdo con lo de arriba.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Persona responsable)

(Requerido)



## NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

Imprime su nombre: \_\_\_\_\_

Firmando abajo yo autorizo a North Buncombe Family Medicine, PA a soltar mi información medica e información de pagos a:

Relación		Nombre de persona asignada
Esposa/Esposo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____
Hijos/Hijas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____
Suegros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____
Guardián	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____
Padres	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____
Otros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene algún cambio en su información arriba en cualquier momento por favor informa una recepcionista.

North Buncombe Family Medicine, PA puede dejar información sobre su cita en su correo de voz:

Casa  Si  No

Trabajo  Si  No

Familiar  Si  No

Firma de paciente \_\_\_\_\_

Yo autorizo las siguientes personas a recoger mis medicinas, resultados y mas...

Relación

Esposa/Esposo  Si  No \_\_\_\_\_

Familiar  Si  No \_\_\_\_\_

Guardián  Si  No \_\_\_\_\_

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo entiendo que North Buncombe Family Medicine, PA pedirá identificación de la persona recojiendo la información o producto.



## NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

### Póliza de cita

Es nuestra norma que cualquier cita que no puede mantener requiere veinticuatro horas de aviso. Si no nos notificas entre veinticuatro horas consideramos eso una cita perdida. Entendemos que emergencias pasan y tomaremos en cuenta estos problemas si es necesario.

Nuestra oficina esta dedicada a proveer alta calidad de tratamiento medico y tiene pólizas y procedimientos fijos para asegurar a realizarnos y mantener esa meta. Cuando pacientes fallan en mantener su cita están en violación con nuestras pólizas y procedimientos. Por lo tanto, al no notificarnos que no puede mantener su cita puede resultar en descanso de nuestra oficina.

Una cuota de veinticinco dólares será pedida por las citas perdidas no canceladas con veinticuatro oras de adelanto.

Le pedimos que respete nuestra póliza de cita. Pr favor déjanos saber de cualquier pregunta que tenga.

Gracias.

---

Nombre

---

Firma

---

Fecha



# NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

## FollowMyHealth Matriculación

Aceptando la invitación al grafico portal. :

- Puedes ver su resumen de la visita.
- Mandar y recibir mensajes por su bandeja de entrada.
- Ver resultados laboratorios.
- Resumir visitas pasadas.
- Programar citas
- Ver citas futuras
- Imprimir registro de vacunas
- Actualizar información

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro números de su seguro social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si, Me gustaría obtener una invitación para matricularme.

\_\_\_\_\_ **NO** – Razón: \_\_\_\_\_

Por no aceptar, Entiendo que no podre tener acceso a mi información en el grafico portal.

Queremos darle las gracias por su interés en el grafico portal. Recibirás un mensaje en su correo electrónico para activar su cuenta. Por favor active en 30 días.

.....

**For Office Use Only:**

Registered by \_\_\_\_\_ Pt Portal Invite \_\_\_\_\_

Pt Portal Active \_\_\_\_\_ Pt Portal Refused \_\_\_\_\_ EHR Updated \_\_\_\_\_

Completed by \_\_\_\_\_

# Bienvenido a North Buncombe Family Medicine, P.A.

Este formulario nos ayudara a entender su salud.

(Adulto)

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Por favor anota sus doctores anteriores: (incluye las direcciones y números de teléfono si es posible)

---

---

- ¿Tienes alguna preocupación sobre su salud? Por favor describe:

---

---

---

- ¿Tiene alergias a un medicamento? Por favor anota y describe la reacción:

---

---

- ¿Sufre de alguna otra alergia? (picada de abeja, etc.) Por favor anota y describa:

---

- Por favor anota enfermedades que corren en su familia y quien las tiene:

(Por ejemplo: Diabetes en su Madre, etc.)

---

---

- ¿Tiene alguna enfermedad? Anota por favor:

---

---

---

- ¿Has tenido alguna cirugía? Por favor anota e incluya el año:

---

---

---

- Estas empleado/a? **Si** o **No** Si es haci, ¿donde? \_\_\_\_\_

- ¿En que año empezó a trabajar ahí? \_\_\_\_\_

- Por favor describe su vida en casa y que disfruta hacer:

---

---

(sigue)

- Se siente seguro/a en casa? **Si o No**
- ¿Fuma o usa otra forma de tabaco? **Si o No** Si es haci, por favor anota cuanto usa o fuma durante el día:  
\_\_\_\_\_
- ¿Si no fuma ahora, fumaba o usaba otra forma de tabaco en el pasado? **Si o No** Si es haci, ¿en que año paro de usar? \_\_\_\_\_
- ¿Eres expuesto a humo de segunda mano? **Si o No**
- Toma alcohol? **Si o No** , anota cuanto cada día: \_\_\_\_\_
- Usa drogas ilicitas? \_\_\_\_\_
- ¿Toma cafeína? (café, refresco, etc.) **Si o No** Si es hacía, por favor anota cuanto cada día:  
\_\_\_\_\_
- ¿Hace ejercicio regularmente? **Si o No** Si es hacía, anota que tipo de ejercicio y cuanto hace:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Tiene un testamento vital? **Si o No.**
- ¿Toma algún medicamento recetado o alguna vitamina? Por favor anota los nombres, dosis y frecuencia de cada uno:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún problema con la vista? **Si o No** Usa lentes: \_\_\_\_\_ Usa lentes de contacto: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún problema con audición? **Si o No** Si es haci, ¿tiene un dispositivo de ayuda para la audición? **Si o No**
- ¿Tiene algún otro impedimento físico? (Por ejemplo usa una caminadora o bastón) **Si o No**
- La ultima ves realizado: Vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_ Vacuna contra el herpes zoster: \_\_\_\_\_ Vacuna contra la neumonía: \_\_\_\_\_  
Colonoscopia: \_\_\_\_\_ Sensitometría ósea: \_\_\_\_\_
- ¿Se ha caído durante este último año? **Si o No** Si es haci, ¿se lastimo? **Si o No**

**Para Mujer:**

1. Cuando fue su ultimo periodo menstrual \_\_\_\_\_ ¿Fue normal para ti? **Si o No**
2. ¿Cuantas veces a dado a luz ? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuantas veces ah estado embarazada? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuantos partos vaginales? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos partos por cesárea? \_\_\_\_\_
5. ¿Has tenido una mamografía? **Si o No** ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuándo fue su ultima prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_

7. ¿Has tenido una prueba de Papanicolaou anormal? **Si** o **No** Si es así, cuando? \_\_\_\_\_ Cuando lo repitieron, fue normal? **Si** o **No**

**Por favor marca la caja si actualmente sufre de algunas de estas condiciones:**

**General:**

- Cansancio/fatiga
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Cambio de peso anormal (perdida o aumento)

**Piel:**

- hematomas
- Cambio en verruga/lunar
- comezón
- Nueva lesión o erupción

**Ojos:**

- Vista borrosa
- Dolor de cabeza
- Vista doble
- Disturbo visual

**Oído/Nariz/Garganta:**

- Pérdida de audición
- Sangrado de las encías
- Ronquera

**Cuello:**

- Rigidez en el cuello
- Inflamación de las glándulas

**Respiratorio:**

- Tos
- Problema con respiración
- Tosiendo sangre

**Seno:**

- Masa en el mama
- Dolor en el mama
- Secreción del pezón

**Pecho:**

- Dolor de pecho
- Latido del Corazón irregular
- Presión elevada

- Falta de aliento mientras acostado
- Despertando con falta de aliento
- Hinchazón en las extremidades
- Falta de aliento

**Gastrointestinal:**

- Dolor abdominal
- estreñimiento
- Diarrea
- Problemas para tragar
- Sangrado rectal

**Urinario/Reproductivo: (Mujer)**

- Flujo vaginal
- Orinar frecuente
- Sangre en el orine
- Goteo de orina
- Irregulación menstrual
- Dolor al orinar
- Dolor Pélvico
- Urgencia al orinar

**Urinario/Reproductivo: (Hombre)**

- Sangre en el orine
- Impotencia
- Cambio en chorro de orina
- Masa testicular
- Secreción del pene
- Dolor al orinar
- Secreción Uretral

# North Buncombe Family Medicine

## Privacidad de la oficina

ESTA NOTICIA DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEE Y REVISA CON CUIDADO.

Código de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad (HIPPA) de 1996, revisado en 2013, nos requiere a mantener la seguridad de su información medica protegida, proveerle con noticia de nuestros deberes legales y practicas privadas al respetar la información medica protegida, y avisar a aquellos individuos después de una violación insegura de información médica protegida. Estamos requeridos a quedarnos con estos registros de su salud y mantener confidencialidad de estos registros.

El acto también nos deja usar su información para tratamiento, pagos y ciertas operaciones medicas a no ser prohibido por ley o sin su autorización.

- Tratamiento: Quizás revelaremos su información médica protegida a usted y el personal o a otros proveedores de cuidado de salud para asegurarle su salud necesaria. Esto incluye información que ira a su farmacia, un especialista o al hospital si es necesario que fuera admitido. Si es necesario para su salud quizás discutamos lo mínimo necesario con sus familiares y amigos que estén envuelto en su salud al menos que diga diferente.
- Pago: Quizás mandemos información a usted o a su plan medico para recibir pagos de un servicio. Quizás discutamos lo mínimo necesario con su familia y amigos envueltos en su pago al menos que diga diferente.
- Atención médica: Podemos dar su información para entrenar nuevos empleados, evaluar el cuidado que fue dado, mejorar el desarrollo de nuestro negocio.
- Estamos requeridos a revelar información requeridos por la ley, como regulaciones de salud publicas, ciertas demandas y cumplimientos de ley.

Ciertas maneras en que su información medica protegida será revelada es si nos da autorización: notas de psicoterapia, uso de su información para mercadeo, ventas de su información medica protegida, o cualquier otro uso que no esta descrito en este privacidad de oficina. No podemos revelar su información medica protegida a su empleador, escuela sin su autorización al menos requerida por ley. Recibirás una copia de su autorización y puede ser revocada en escrito.

Honraremos esa revocación empezando en la fecha en que recibimos la revocación escrita.

Tiene varios derechos según su información medica protegida. Cuando quiera usar uno de esos derechos por favor infórmanos para que le podamos los documentos correctos.

- Tiene el derecho de acceso se su registro o recibir una copia de su registro, con la excepción de las notas psicoterapia. Su pedido tiene que ser en escrito y tenemos que verificar su identidad antes de dejar el acceso. Estamos requeridos a proveer acceso o una copia entre 30 días. Podemos proveer una copia a usted o la persona designada en una forma electrónica o papel. Podríamos cobrar nuestro costo para hacer las copias. Si su pedido es rechazado podría pedir una revisión del rechazo por un doctor.
- Tienes el derecho de pedir restricciones en como su información medica protegida para su tratamiento, pagos, y operaciones medicas. Por ejemplo, usted puede pedir que cierto amigo o familiar no pueda tener acceso a esa información. No estamos obligados a aprobar esto pero si lo aprobamos estamos obligados a cumplir con la solicitud al menos que la restricción interfiera con su salud. Podríamos cesar con esta restricción si es necesario para su salud o sus pagos.
- Estamos requeridos a conceder con su solicitud de cierta restricción si la solicitud solo aplica a información que será sometida a un plan para pago, para un servicio medico o articulo al cual has pagado en completo, y si la restricción no esta prohibido por ley. Por ejemplo, estamos requeridos a presentar información a planes médicos federales manejadores de organizaciones, incluso si solicitamos restricción. Necesitamos su restricción documentada antes de solicitar el servicio. Algunas excepciones pueden aplicar, pregunta por un formulario para solicitar la restricción y para agarrar información adicional. No estamos requeridos a informar a otras organizaciones de esta solicitud, pero no podemos usar o divulgar información que ha sido restringido a asociados del negocio que puedas revelar información.
- Tienes el derecho de solicitar cierta comunicación. Por ejemplo, puedes preferís que llamemos su celular en ves de su casa. Estas solicitudes deben ser escritas, pueden ser revocados en escrito y debe darnos un método de comunicación para cumplir. Si el método alternativo de comunicación cuesta adicional entonces ese costo seria pasado a usted.
- Su registro medico es un documento legal que contiene información crucial sobre su salud.

- Tiene el derecho de pedir un cambio a su registro, pero debes pedirlo por escrito y entender que no estamos obligados a condecirlo.
- Tiene el derecho de saber como hemos usado su información medica protegida. Estamos obligados a informarles de una violación que afecte su información medica protegida.
- Tiene el derecho de recibir una copia de este aviso electrónicamente o por papel.

Si tiene alguna pregunta sobre la privacidad de nuestra privacidad de oficina hable con nuestra agente de privacidad al numero debajo.

Tiene el derecho de quejarse con nosotros y con el oficial de derechos civiles. No discriminamos en ninguna manera por esta acción. Para comunicarse, habla a:

Agente de privacidad: Nikki Daves

Numero de teléfono: 828-645-8525

Numero de fax: 828-645-8935

Oficina de derechos civiles

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

Estamos obligados a acatar por este anuncio de Practicas Privadas, que esta en efectivo desde el 23 de Septiembre del 2013.