



Rocky Mountain Pediatric Pulmonology

4545 E. 9th Ave., Suite 504

Denver, CO 80220

Tel: 303-831-9853 Fax: 303-832-3533

Dr. Lee Rusakow Dr. Margarita Guarin

Helping your child...with inspiration!

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre: _____ Mujer: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

GUARDIANES

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

ASEGURANZA

Persona Asegurada: _____ Relación al Paciente: _____

Compañía de Seguro: _____ Teléfono de la Seguridad: _____

ID # del Seguro: _____ Póliza # de Grupo: _____

*****Yo certifico la veracidad de la información dada y entiendo que yo soy personalmente responsable por la cantidad cobrada por su servicio sin consideración del cubrimiento de la seguridad. Yo autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar el cobro de su servicio. Además yo autorizo el pago de los beneficios médicos directamente al médico que me atendió.*****

INFORMACION DEL PEDIATRA

Doctor que lo refirió: _____

Doctor Primario: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Fax: _____

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION

PORFAVOR REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE

Esta notificación es efectiva desde el 4/14/2003

USOS Y REVELACION DE LA INFORMACION DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUD

ROCKY MOUNTAIN PEDIATRIC PULMONOLOGY usa y revela su información protegida de salud para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico. Algunos ejemplos de cuando nuestra oficina puede usar o revelar su información de salud para estos propósitos incluye:

- Compartir resultados de exámenes con otros proveedores de salud para confirmar el diagnóstico.
- Proveer su diagnóstico y otra información acerca de su salud a su seguridad médica o a nuestro servicio de cobros para obtener pago de los servicios médicos que le proveamos.
- Revisar la información como parte de nuestro programa de mejoramiento de calidad.

OTROS USOS Y REVELACIONES

ROCKY MOUNTAIN PEDIATRIC PULMONOLOGY puede usar o revelar su información de salud, en acuerdo con las guías delineadas por la ley para las siguientes proposiciones:

- Provisionándole a usted con información relacionada con su salud.
- Contactándolo a cerca de citas, información acerca de alternativas de tratamiento, o otros servicios relacionados a la salud.
- Uso incidental o revelación (por ejemplo poner la lista de su nombre en una hoja de registro, etc.)
- Siguiendo con lo requerido por todas las leyes (incluyendo reportes de sospecha de abuso, negligencia o violencia)
- Proveyendo cierta información específica a los oficiales de ley, o instituciones correccionales
- Proveyendo información a un director de funeraria, examinador de autopsia o organización procuradora de órganos.
- Actividades de salud pública cuando sea requerido por una autoridad de salud pública la oficina de FDA.
- Respondiendo a agencias de supervisión de salud.
- Respondiendo a la corte o tribunales administrativos, supinas, ordenanzas o otros procesos legales.
- Actividades de investigación.
- Cuando sea necesario para evitar una amenaza seria de salud o seguridad.
- Asuntos militares, asuntos de veteranos, seguridad nacional, inteligencia, departamento de estado o actividades de servicio de protección presidencial.
- Proveyendo información en relación a su localidad, condición general o muerte a las agencias privada o pública de alivio de desastre.
- Informando a un miembro de la familia, familiar o amigo cercano al tratamiento del paciente.
- La información está relacionada con el individuo involucrado con su cuidado.

- Notificación de su localización, condición general o de muerte.
- Para asistir en su cuidado de salud (por ejemplo: recoger prescripciones o otros documentos, instrucciones de cuidado, de seguimiento etc.)

AUTORIZACION PARA OTROS USOS

Rocky Mountain Pediatric Pulmonology hará otros usos y revelaciones de su información protegida de su salud solamente después de obtener su autorización por escrito. Si usted autoriza otro uso que no está contenido en esta forma, usted puede revocar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito de que usted quiere retirar su autorización.

SUS DERECHOS EN RELACION A LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD

Sujeto a las limitaciones delineadas por la ley, usted tiene ciertos derechos relacionados al uso y revelación de su información protegida de su salud, incluyendo los siguientes derechos:

- Requerir restricciones a ciertos usos y revelaciones. Sin embargo, Rocky Mountain Pediatric Pulmonology no está obligada a estar de acuerdo con esas restricciones requeridas.
- Recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de salud.
- Inspeccionar y copiar su información protegida de salud con algunas excepciones muy limitadas.
- Enmendar su información de salud
- Recibir una lista de sus revelaciones de su información de salud
- Obtener una copia de esta notificación

DEBERES DE LA CLINICA ROCKY MOUNTAIN PEDIATRIC PULMONOLOGY EN RELACION A LAS PRIVACIDA DE SU INFORMACION DE SALUD

Sujeto a las limitaciones delineadas por la ley, Rocky Mountain Pediatric Pulmonology tiene ciertos deberes relacionados a su información protegida de salud incluyendo los siguientes:

- Rocky Mountain Pediatric Pulmonology requiere por ley mantener la privacidad de la información protegida de salud y proveer individuos con notificación de nuestros deberes legales y prácticas de la privacidad con respecto a la información protegida de salud.
- Rocky Mountain Pediatric Pulmonology requiere por ley obedecer los términos de la notificación de privacidad que está actualmente en efecto.
- Rocky Mountain Pediatric Pulmonology se reserve el derecho de cambiar la práctica de privacidad descrita en esta notificación y de hacer tal cambio efectivo para toda la información protegida de salud. La notificación revisada será exhibida en nuestra oficina y estará disponible para usted si lo requiere.

MOLESTIAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer una queja contactándonos directamente o a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Ningún individuo será sancionado por pasar una queja.

RECONOCIMIENTOS

Yo reconozco que he recibido una copia de esta notificación, concerniente al uso y revelación de mi información de salud.

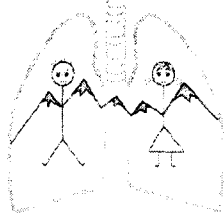
Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Guardianes

Firma

Fecha



Rocky Mountain Pediatric Pulmonology

4545 E. 9th Ave., Suite 504

Denver, CO 80220

Tel: 303-831-9853 Fax: 303-832-3533

Dr. Lee Rusakow

Dr. Margarita Guarin

Helping your child...with inspiration!

Consentimiento del Paciente

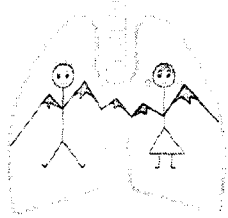
- Yo entiendo y por lo tanto consiento al siguiente tratamiento:
 - Administración de todo los tratamientos
 - Administración de cualquier anestésico local que sea necesario
 - Sometimiento a los procedimientos que se consideren necesarios o sean aconsejables en el tratamiento del paciente
 - Uso de medicación de prescripción
 - Sometimiento a procedimientos diagnósticos/muestras y cultivos
 - Sometimiento a otras pruebas de la laboratorio medicamento aceptadas que se consideren necesarias o aconsejables basadas en el juicio del Doctor tratante o de su asignado
- Yo entiendo que este consentimiento es dado en anticipación de cualquier tratamiento o diagnostica.
- Yo entiendo que esta consentimiento es de naturaleza continua aun cuando un diagnostico específico haya sido hecho y cualquier tratamiento se haya completado.
- Este consentimiento permanecerá en toda su extensión hasta que sea revocado por escrito.
- Yo entiendo que Rocky Mountain Pediatric Pulmonology puede incluir o extender este consentimiento a oficinas satélites o de común propiedad.
- Yo entiendo, y estoy consciente de que Rocky Mountain Pediatric Pulmonology usara y revelara mi información con el propósito de tratamiento, pago, y operaciones de salud como se describe en la Nota de Privacidad de la Practica Medica.
- Una fotocopia de este consentimiento se considera tan válido como el original.
- PACIENTES DE MEDICARE: Yo autorizo a revelar la información médica acerca de mi a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mis reclamos de Medicare. Yo asigno los beneficios pagables por servicios a Rocky Mountain Pediatric Pulmonology.
- Yo reconozco que me ha sido dada la notificación de la privacidad de practica Rocky Mountain Pediatric Pulmonology. Yo entiendo que si yo tengo preguntas o quejas yo debería contactar la oficina de Privacidad. Inicial del Paciente/Guardián _____

Yo certifico que ha leído y entiendo completamente lo anteriormente descrito y consiento totalmente y voluntariamente a su contenido.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente (o Persona Responsable)

Fecha



Rocky Mountain Pediatric Pulmonology

4545 E. 9th Ave., Suite 504

Denver, CO 80220

Tel: 303-831-9853 Fax: 303-832-3533

Dr. Lee Rusakow Dr. Margarita Guarin

Helping your child...with inspiration!

Información de la Farmacia Preferida

Nombre de Farmacia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

e-Prescribing permite que su doctor envíe recetas nuevas y rellenos a la farmacia electrónicamente. Este es un proceso conveniente para aumentar la veracidad de la recetas. Esto significa menos tiempo de espera ya que tiene que dejar las recetas primero sino que se envían electrónicamente al instante. Usted también le permite al doctor tener acceso a su historia de medicamentos usando la red de prescripción Surescripts. Con su consentimiento su doctor podrá ver información crítica a cerca de su pasado y presente relacionado con sus recetas o prescripciones. Esto le va a aumentar su seguridad y la calidad del cuidado (por ejemplo prevenir interacciones e intolerancia a medicinas)

Autorización para el acceso electrónico a la historia de medicamentos.

_____ Yo consiento y permito que mi doctor vea electrónicamente me historia de medicinas a través de Surescripts

_____ Yo no consiento a compartir ninguna historia de las medicinas

Me gustaría una copia de esta nota: _____ Si _____ No

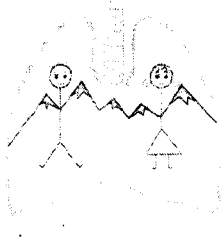
Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Guardianes

Firma

Fecha



Rocky Mountain Pediatric Pulmonology

4545 E. 9th Ave., Suite 504

Denver, CO 80220

Tel: 303-831-9853 Fax: 303-832-3533

Dr. Lee Rusakow

Dr. Margarita Guarin

Helping your child...with inspiration!

Regla De No Presentarse En Las Citas

Cada cita es importante para nuestra oficina y la demanda por citas es muy alta. En nuestro intento por servirles de la mejor manera posible, para cada cancelación se solicita un aviso de por lo menos 24 horas de anticipación.

Los pacientes que no proporcionen un aviso de cancelación con al menos 24 horas de anticipación, recibirán un cobro de \$25.00 por cada cita a la que no se presenten. Para las oficinas en Ft Morgan, Louisville (Coal Creek), Colorado Springs y en Lone Tree la cobra será de \$35.00

Regla de Impuntualidad

Nuestros Doctores asen su mejor esfuerzo para atender los pacientes a tiempo, cuando un paciente llega tarde a su cita puede afectar las citas restantes para ese día. **Por la misma razón cada paciente que se presente 15 minutos tarde a su cita tendrá que hacer una nueva cita.** Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto les puede causar.

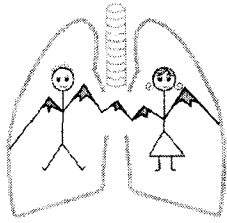
Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Guardianes

Firma

Fecha



Rocky Mountain Pediatric Pulmonology

4545 E. 9th Ave., Suite 504

Denver, CO 80220

Tel: 303-831-9853 Fax: 303-832-3533

Dr. Lee Rusakow Dr. Margarita Guarin

Helping your child...with inspiration!

A partir de 2014, recogeremos la siguiente información para nuestro registro médico electrónico (EMR). Toda la información se mantendrá confidencial.

- Por favor marque aquí si usted preferiría no proporcionar esta información
- Considero que la raza del niño/paciente es:
 - American Indian/Alaska Native
 - Asiático
 - Afroamericano
 - Hispano/Latino
 - Hawaiano/Isleño del Pacífico
 - Caucásico
 - Otro
- Considero que la etnia del niño/paciente es:
 - Hispano/Latino
 - No Hispano/Latino
 - Otro
- El paciente fuma cigarrillos? si no
(Entendemos que para la mayoría de los pacientes no se aplica, pero tenemos que preguntarles a todos.)