



Acuse de recibo del resumen de las políticas por parte del paciente

Nombre legal del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

Reconozco que he recibido una copia de los siguientes documentos:

Aviso de no discriminación: La política de Arizona Blood and Cancer Specialists es no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Procedimiento de quejas:

Arizona Blood and Cancer Specialists ha adoptado un procedimiento interno de quejas para impulsar la resolución rápida y equitativa de reclamos sobre cualquier acción prohibida por el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado Asequible (Título 42 del Código de los EE. UU., Artículo 18116) y sus normas de aplicación establecidas en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, parte 92, emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El Artículo 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas de salud y actividades. El Artículo 1557 y sus normas de aplicación se pueden revisar en la oficina de:

Karen McCormick
Arizona Blood and Cancer Specialists.
3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201
Tucson, AZ 85712

quien ha sido designada para coordinar los esfuerzos de Arizona Blood and Cancer Specialists para cumplir con el Artículo 1557.

Política de privacidad: Arizona Blood and Cancer Specialists se compromete a proteger su privacidad y garantizar que su información de salud se divulgue de forma apropiada. La política de privacidad identifica todos los posibles usos y divulgaciones de su información de salud por parte de nuestro consultorio y explica sus derechos en torno a su información de salud.

Requisitos de accesibilidad:

Arizona Blood and Cancer Specialists ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Consulte la lista adjunta de idiomas disponibles para traducción.

Estos documentos forman parte de su paquete para pacientes nuevos. Puede solicitar otra copia en cualquier momento.

____ he leído o alguien me ha leído este formulario y entiendo que al firmarlo reconozco que he recibido una copia de los siguientes documentos de Arizona Blood and Cancer Specialists: aviso de no discriminación, procedimiento de quejas, política de privacidad y requisitos de accesibilidad.

____ Entiendo que el hecho de no firmar este acuse de recibo no afectará mi posibilidad de obtener atención por parte de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.

Si se necesitan servicios de interpretación, llame al consultorio de su médico con anticipación para que podamos coordinar los servicios de traducción para que estén disponibles al momento de su consulta.

Firma del paciente: _____ **Fecha/Hora** _____ (seleccione una opción) A. M. P. M.
(o representante autorizado)

Médico: _____ Iniciales del empleado: _____



Lista de contacto del paciente - contactos según la ley HIPAA y de emergencia

Nombre legal del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

Puede seleccionar diferentes tipos de contactos. Puede designar a una única persona como contacto en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y de emergencia, pero también puede designar a personas diferentes, una como contacto en virtud de la ley HIPAA y otra como contacto de emergencia.

Un contacto en virtud de la ley HIPAA es una persona a la cual usted autoriza para que Arizona Blood and Cancer Specialists le divulgue información sobre su afección médica. No es necesario que los médicos que le brindan atención médica estén incluidos como contactos en virtud de la ley HIPAA.

Es importante que brinde un contacto de emergencia. Se trata de una persona a quien usted autoriza para que nuestro personal se contacte con ella en caso de que se le presente una emergencia médica mientras está siendo atendido en nuestro consultorio.

		Tipo de contacto:	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

		Tipo de contacto:	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

		Tipo de contacto:	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

____ Entiendo que doy mi autorización para que Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, divulgue mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente, a quienes he designado como mis contactos en virtud de la ley HIPAA.

____ Reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.

____ Reconozco que tengo derecho a cambiar los contactos en esta lista en cualquier momento, puedo volver a designar el tipo de contacto expresado originalmente, y tengo el derecho de revocar esta lista de contactos.

____ Reconozco que toda revocación de esta lista debe realizarse por escrito.

____ He leído o me han leído este formulario y entiendo las consecuencias de mi decisión.

____ Entiendo que el hecho de no firmar esta autorización no afectará mi posibilidad de obtener atención por parte de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.

Firma del paciente: _____ **Fecha / Hora** _____ (seleccione una opción) A. M. P. M.
(o representante autorizado)

Médico: _____ Iniciales del empleado: _____

PREFERENCIA Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Además de la entrega por parte del Servicio Postal de los Estados Unidos a mi hogar u otro lugar de residencia según lo dispuesto en el Registro del paciente, otorgo mi consentimiento para que me contacten a través de los siguientes métodos. Entiendo que puedo revocar o modificar este consentimiento en cualquier momento completando el **FORMULARIO DE SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE COMUNICACIÓN**. En el caso de una comunicación requerida por la ley, como, por ejemplo, un aviso de violación, reconozco que el método de comunicación puede ser establecido por la ley.

Sección A: Método de comunicación

Elija una o más de las siguientes opciones:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Número residencial: (____)_____ | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Número móvil: (____)_____ | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No | Mensajes de texto permitidos: <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Número laboral: (____)_____ | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Número alternativo: (____)_____ | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico alternativa: _____ | |

Sección B: Consentimiento para el uso de correo electrónico o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Los pacientes en nuestro consultorio pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto por Arizona Blood and Cancer Specialists o sus agentes autorizados para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios/información de salud general.

____ (Iniciales del paciente) Si en cualquier momento proporciono una dirección de correo electrónico o texto en la que me pueden contactar, otorgo mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica del Consultorio en esa dirección de correo electrónico o texto.

____ (Iniciales del paciente) Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto del consultorio en mi teléfono móvil y cualquier número desviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones según lo indicado anteriormente.

____ (Iniciales del paciente) Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos y mensajes de texto aplicará a todos los recordatorios de citas/comentarios/información de salud futuros salvo que solicite un cambio por escrito (*Formulario de solicitud de restricción de comunicación*). El consultorio no cobra por este servicio, pero tarifas estándar de mensajes de texto pueden aplicar

PREFERENCIA Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

según lo dispuesto en su plan de conexión inalámbrica (comuníquese con su proveedor para conocer los planes y detalles de precios).

En algunos casos, se le enviarán correos electrónicos y/o mensajes de texto a través de un formato de comunicación cifrado para garantizar la protección de su información de salud. Si rechaza las comunicaciones cifradas, puede que la comunicación por correo electrónico y/o texto no esté disponible para usted.

Sección C: Firma: este documento debe estar firmado por el individuo, el padre/madre del menor de edad o el representante personal del individuo.

Otorgo mi consentimiento para que por Arizona Blood and Cancer Specialists o sus agentes autorizados me contacte según se ha especificado anteriormente. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un niño menor de edad, esta solicitud caducará cuando el niño cumpla los 18 años, a menos que exista prueba de la tutela legal.

Firma _____

Fecha: dd/mm/aaaa _____

Si lo firma un representante personal, complete la información a continuación:

Si está firmando como titular de un poder notarial, tutor legal, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. NO tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya se encuentran en los archivos de Arizona Blood & Cancer Specialists.

Nombre del representante personal

Relación con el individuo

Dirección del representante personal

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono del representante personal

Dirección de correo electrónico del representante personal (opcional)

ACCEDA A SU INFORMACIÓN DE SALUD



Se puede acceder fácilmente a CareSpace en su computadora personal, tableta o dispositivo móvil.

Tiene acceso a su información médica las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con su equipo de atención.

CareSpace le brinda un lugar para comunicarse con su equipo de atención en nuestro consultorio y para que se respondan sus preguntas sin problemas.

Mantenga a amigos, familiares y cuidadores informados.

Al invitar a amigos y familiares a su cuenta CareSpace, su equipo de apoyo puede mantenerse informado sobre su plan de tratamiento y su progreso.

Descargue y envíe de manera segura su información de salud.

Desde CareSpace, usted puede enviar de manera segura su información de salud a los proveedores fuera de nuestro consultorio, como su médico de atención primaria.

Primeros pasos Siga estos tres pasos para configurar su cuenta.

- 1.** Revise su correo electrónico para obtener un enlace de registro de CareSpace y nuestro consultorio.
- 2.** Cree una contraseña para su cuenta CareSpace.
- 3.** Inicie sesión con su correo electrónico, contraseña y fecha de nacimiento.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿De dónde proviene la información en CareSpace?

La información en CareSpace proviene de sus registros médicos que se mantienen en nuestro consultorio.

¿Puedo ver mis registros médicos de todos mis médicos?

Su cuenta de CareSpace en nuestro consultorio solo incluirá sus registros médicos de nuestro consultorio. Cualquier análisis de laboratorio, imágenes diagnósticas u otras pruebas deberán verse en el portal para pacientes de los proveedores donde se realizaron los servicios. Solo podrá ver sus registros de nuestro consultorio utilizando las credenciales de inicio de sesión que creó cuando recibió una invitación para unirse a nuestro portal.

Es posible tener cuentas de CareSpace para otros proveedores, pero el consultorio de cada proveedor mostrará únicamente los registros asociados con el consultorio de los mismos. Deberá contactar a cada uno de sus proveedores para que le configuren en su portal para pacientes.

¿Quién puede ver mi cuenta?

Solo usted y las personas que usted invite pueden ver su cuenta. Si invita a alguien a su cuenta de CareSpace, esa persona puede ver toda la información que usted puede ver.

¿La información en CareSpace es privada y segura?

Sí, CareSpace está certificado con los últimos estándares de seguridad, y su información se mantendrá privada y segura. El acceso a CareSpace solo está permitido a usuarios autorizados que hayan sido verificados a través de un proceso de registro.

¿NECESITA AYUDA? CONSEJOS PARA REGISTRAR SU CUENTA.

Mi enlace de registro ha expirado. ¿Cómo configuro mi cuenta?

Para asegurarnos de que su información se mantenga segura, los enlaces de registro expiran después de cuatro días. Llame a nuestro consultorio si necesita que le enviemos un nuevo enlace.

¿Qué hago si nunca recibí un enlace de registro de mi consultorio?

Revise su carpeta de correo no solicitado (spam). Si aún no lo ve, llame a nuestro consultorio.

¿Dónde inicio sesión en CareSpace?

Siempre puede acceder a CareSpace visitando www.carespaceportal.com desde un navegador en su computadora personal, tableta o dispositivo móvil.

¿Qué sucede si olvido mi contraseña?

No hay problema, usted mismo puede restablecer su contraseña. Busque el enlace “Olvidé mi contraseña” en la página de inicio de sesión en www.carespaceportal.com



Formulario de autorización para el portal para pacientes/correo electrónico

Fecha: _____ N.º de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

Arizona Blood and Cancer Specialists/Arizona Breast Health Specialists le brinda acceso seguro a su registro de salud personal a través de nuestro portal para pacientes CareSpace. Solo usted o aquellas personas que usted autorice tendrán acceso a su información de salud.

Se requiere su autorización para activar su cuenta personal de CareSpace y su consentimiento para el correo electrónico. Si no autoriza esto, no le enviaremos ninguna comunicación de manera electrónica.

Su portal CareSpace incluirá información de identificación personal y otra información sobre su historial médico y de salud, por lo que es importante que mantenga su contraseña privada. No debe compartir su contraseña con otras personas, a menos que las autorice a acceder a su cuenta. No comparta su contraseña con ninguna otra persona que no esté autorizada ni la guarde en un lugar de fácil acceso para otras personas.

Si elige no firmar este Formulario de autorización para el portal para pacientes/correo electrónico, no podrá acceder al portal para pacientes CareSpace. Al autorizar este formulario, usted otorga su consentimiento a que le enviemos un correo electrónico con un enlace con el fin de que lo utilice para establecer su cuenta y crear una contraseña. El enlace se enviará después de haber enviado este formulario y, para su protección, está diseñado para expirar rápidamente si no se utiliza.

Comuníquese con el consultorio de su médico en caso de que tenga una nueva dirección de correo electrónico a fin de poder actualizar su cuenta. Asegúrese de que ninguna persona que no haya autorizado o en la que no confíe pueda acceder a la dirección de correo electrónico que proporcione.

Puede interrumpir el uso de su portal para pacientes CareSpace en cualquier momento. Comuníquese con el consultorio de su médico para que le ayuden a desactivar su cuenta.

_____ Entiendo que al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento para utilizar el portal para pacientes CareSpace/correo electrónico de Arizona Blood and Cancer Specialists.

Nombre del paciente
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección de correo electrónico del paciente

Nombre del médico de ABCS

Dirección de correo electrónico del usuario autorizado

El usuario autorizado es:

_____ Paciente

Nombre de la persona designada por el paciente
(en letra de imprenta)

_____ Persona designada por el paciente

Firma de la persona designada por el paciente

Firma del paciente

Fecha

Firma del personal
(confirmando la identidad y autorización del usuario)

Fecha

Notas del personal: Al aceptar este formulario, se DEBE confirmar la identidad y la autorización de la persona que lo firma, y la persona que firma (es decir, el paciente o la persona designada por el paciente) entiende y acepta utilizar la dirección de correo electrónico que figura para este propósito.

Se debe entregar una copia de este documento completo/firmado al paciente.

Rev.: 01/2020-KR



Datos financieros/cesión de beneficios del paciente

Nombre legal del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

¿Qué nombre usa? _____

N.º de teléfono doméstico: _____ N.º de teléfono celular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Edad actual: _____ M F N.º de seguridad social _____

Estado civil actual (marque una opción):

Soltero Casado Divorciado/separado Viudo

Empleador: _____ N.º de teléfono: _____

Domicilio del empleador: _____

Parte responsable: _____ Relación: _____

Domicilio de la parte responsable: _____

Seguro principal: _____ Teléfono: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de grupo: _____ N.º de póliza: _____

Seguro secundario: _____ Teléfono: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de grupo: _____ N.º de póliza: _____

Seguro para medicamentos recetados: _____ Teléfono: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de grupo: _____ N.º de póliza: _____

Coloque sus iniciales junto a cada línea para indicar que entiende y acepta los términos, tal como se expresa a continuación:

____Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por esta cesión o reembolsados por las compañías de seguros detalladas anteriormente. En caso de que falte un pago, acepto asumir los costos de los intereses, cobros y acciones legales (en caso de ser necesarias).

____Autorizo a mi compañía de seguro principal y secundaria (si hay alguna) a divulgar información relacionada con mi cobertura a Arizona Blood and Cancer Specialists.

____Entiendo que todos los pagos que se efectúen por medicamentos, procedimientos, pruebas, alquileres de equipos médicos, suministros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principales beneficios médicos, por el presente, se le ceden a Arizona Blood and Cancer Specialists. Esta cesión cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, aseguradoras privadas y otros planes de salud.

____Reconozco que este documento es una cesión vinculante legal para cobrar mis beneficios como pago de reclamos por servicios. En caso de que mi compañía de seguros no acepte la cesión de beneficios o si me pagan directamente a mí o a mi representante, endosaré dichos pagos a Arizona Blood and Cancer Specialists.

____Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir un Aviso de las Prácticas de Privacidad por parte de Arizona Blood and Cancer Specialists.

____Entiendo que este documento es fidedigno y permanecerá vigente, a menos que yo lo revoque por escrito.

____He leído o me han leído este formulario y lo entiendo. He recibido una copia de las declaraciones anteriores. El duplicado de esta declaración tiene el mismo valor que el original.

**Firma del paciente: _____ Fecha/Hora _____ (seleccione una opción) A. M. P. M.
(o representante autorizado)**

Médico: _____ Iniciales del empleado: _____



Datos demográficos del paciente

Nombre legal del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

¿Qué nombre usa? _____

Sexo de nacimiento: Masculino Femenino Género actual: Masculino Femenino

Identidad de género: Masculino Femenino

RAZA (marque una opción):

Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Otro isleño del pacífico Blanco/Caucásico No responde

Otra _____

ETNIA (marque una opción): Hispana/Latina No hispana ni latina No responde

IDIOMA DE PREFERENCIA (marque una opción):

Inglés Alemán Francés Coreano Árabe Vietnamita

Español Chino No responde Otro _____

ESTADO DE VETERANO (marque una opción): Soy veterano No soy veterano No responde

ESTADO CIVIL ACTUAL (marque una opción):

Soltero Casado Divorciado/separado Viudo

ESTADO LABORAL/ANTECEDENTES LABORALES (marque una opción):

Actualmente, está: Empleado Jubilado Desempleado Discapacitado

OCUPACIONES (actual o anterior): _____

¿Quién lo derivó a nuestro consultorio? _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

¿Quién es su médico oncólogo? _____

¿Quién es su oncólogo radiólogo? _____

¿Quién es su cirujano? _____

Detalle a cualquier otro médico que lo atienda: _____

Por ley, debemos mantener la privacidad de la información de salud. En cualquier momento, tiene derecho a recibir una notificación sobre nuestras obligaciones legales en cuanto a su información de salud, y debemos brindarle una copia de nuestras prácticas de privacidad.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(o representante autorizado)

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

Enumere todos los medicamentos actuales, incluidos los medicamentos sin receta:

Medicamento	Concentración de la dosis	Frecuencia (qué tan seguido)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

¿Tiene alergia a algún medicamento o alimento? Sí No Si la tiene, méncionela a continuación:

Nombre del medicamento/alimento:	Reacción:

Marque lo que corresponda: **TC/IRM** Sí No **Sensibilidad al tinte** Sí No

¿Es **claustrofóbico**? Sí No

VACUNAS: COVID Sí, fecha: _____ No **GRIPE** Sí, fecha: _____ No

HERPES Sí, fecha: _____ No **PULMONÍA** Sí, fecha: _____ No

¿Ha recibido alguna vez **tratamientos de radiación, radio, implantes radiactivos o tratamientos con cobalto**? Sí No

Si la respuesta es sí, indique las fechas y el lugar del tratamiento. _____

¿Alguna vez recibió tratamiento contra el cáncer? Sí No Si la respuesta es sí, cuándo/qué tipo _____

¿Alguna vez se realizó **quimioterapia**? Sí No Si la respuesta es sí, fecha del último tratamiento _____

Notas del médico:

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

Antecedentes médicos	SÍ	NO	Antecedentes médicos	SÍ	NO
Artritis			Enfermedad de los riñones		
Trastorno autoinmune			Enfermedad pulmonar		
Diabetes			Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés)/ C-Diff (otra enfermedad infecciosa)		
Enfermedad del corazón			Enfermedad neurológica		
Hepatitis B			Marcapasos/Dispositivo médico		
Hepatitis C			Convulsiones/Ataques cerebrales		
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA)			Trastornos de la piel		
Presión sanguínea alta			Coágulos de sangre		
Osteoporosis			Tuberculosis		
Tiroides			Otra		
Trastornos de la salud mental			Otros cánceres		

CIRUGÍAS ANTERIORES Sí No (incluya su edad y la fecha) Indique si se ha realizado alguna de las siguientes:

Tipo de cirugía	Motivo de la cirugía	Fecha/Edad	Complicaciones
Mamas			
Tumorectomía mamaria			
Mastectomía <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I			
Mastectomía (Bilateral)			
Histerectomía			
Extirpación de ovarios			
Apendectomía			
Vesícula biliar			
Intestinos/Colon			
Pulmón			
Otra cirugía			

¿Es usted de ascendencia asquenazí? Sí No

¿Alguien en su familia tuvo cáncer? Sí No Si la respuesta es sí, indique a continuación:

Esto incluye a los familiares de primer grado (padre y madre, hermanos, hermanas, hijos e hijas) y a los de segundo grado (abuelos y abuelas, nietos, nietas, tíos, tías, sobrinos, sobrinas y medio hermanos y hermanas)

¿Cuántos hermanos y hermanas tiene? _____

Familiar	Tipo de cáncer	Materno	Paterno	Edad (en el momento del diagnóstico)	Edad (si está vivo)	Fallecido

Notas del médico:

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

ESTADO NUTRICIONAL/PESO

¿Su peso ha cambiado en los últimos tres meses? Sí No ¿Esto fue intencional? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la cantidad de libras que ha _____perdido _____ aumentado

Describa su dieta: normal suave líquida para diabéticos suplementos otra

Describa su apetito: bueno justo deficiente

SOLO PARA HOMBRES:

Actualmente tiene/ha tenido: secreción del pene llaga en el pene
 bulto en los testículos bulto en la mama
 un examen testicular una prueba para controlar su nivel de APE
 disfunción eréctil un examen de próstata

SOLO PARA MUJERES:

Período menstrual: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? _____

¿Qué edad tenía cuando tuvo su último período? (menopausia) _____ Fecha de su último período menstrual: _____

Embarazo/Reproducción: Edad en su primer embarazo _____ Edad en su primer parto _____

¿Es posible que esté embarazada ahora? Sí No No está seguro

Cantidad de: embarazos: _____ nacimientos con vida: _____ abortos espontáneos: _____ abortos: _____

¿Se ligó las trompas? Sí No ¿Su esposo o pareja se ha hecho una vasectomía? Sí No

Tratamientos de infertilidad ¿Alguna vez se sometió a algún tipo de tratamiento para la infertilidad?

Sí No Si la respuesta es sí, indique el tipo y la duración: _____

Salud mamaria: ¿Se examina las mamas usted misma? Sí No

Indique si ha tenido alguno de los siguientes: sensibilidad al tacto secreción del pezón bulto
 enfermedad fibroquística

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? mensualmente cada algunos meses algunas veces por año

Si la respuesta es no, ¿necesita ayuda para aprender a examinarse las mamas usted misma? Sí No

Examen de detección del cáncer

Fecha de la última prueba de Papanicolau: _____ Fecha del último mamograma: _____ Fecha del último examen de piel: _____

¿Se ha realizado una colonoscopia o una prueba Cologuard®? Sí No Si la respuesta es sí, indique la fecha: _____

Salud ginecológica:

Tiene actualmente o ha tenido: secreción vaginal manchado o sangrado vaginal

¿Toma o ha tomado terapia de estrógenos, píldoras anticonceptivas u otras hormonas? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el tipo: _____

¿Las usa actualmente? Sí No Si la respuesta es no, indique al fecha en que las dejó: _____

¿Durante cuántos años las ha tomado? _____

Notas del médico:

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

ESTADO CIVIL (Marque una): Soltero Casado Divorciado/Separado Viudo

HISTORIAL/ESTADO LABORAL (Marque uno): Empleado Jubilado Desempleado
 Con licencia por incapacidad

OCUPACIONES (actual o anterior): _____

HÁBITOS Y ANTECEDENTES SOCIALES

¿Fuma ahora o lo ha hecho alguna vez? Sí No Si la respuesta es sí, ¿hace cuánto que fuma/durante cuánto tiempo fumó?

Cantidad de años _____ Si dejó de fumar, ¿cuándo lo hizo/hace cuántos años que dejó de fumar? _____

Describe qué fuma/fumaba y cuánto por día.

Cigarrillos: Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuántos cigarrillos por día? _____

Pipa: Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto tabaco por día? _____

Cigarrillos electrónicos: Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto por día? _____

¿Mastica tabaco/consume otros productos de tabaco sin humo? Sí No ¿Cuánto por día? _____

¿Bebe alcohol (vino, cerveza, licor)? Sí No ¿Con qué frecuencia? ____ ¿Cuánta cantidad consume? ____

¿Tiene antecedentes de abuso de drogas? Sí No ¿Consume drogas recreativas? Sí No

SALUD DENTAL: ¿Visita un dentista con regularidad? Sí No Si lo hace, indique la fecha de la última visita: _____

EXPOSICIÓN A MATERIALES PELIGROSOS:

¿Alguna vez ha estado expuesto a materiales peligrosos? Sí No

(incluidos, entre otros, los siguientes: amianto, agente naranja, metales pesados, pesticidas, petróleo).

Si la respuesta es sí, indique qué tipo de material _____ ¿Cuándo se produjo la exposición? _____

NIVEL DE ACTIVIDAD DEL PACIENTE: (marque todas las opciones que apliquen para describir mejor el nivel de actividad del paciente)

Completamente activo y puede caminar sin ayuda. Algo restringido, pero se moviliza y puede hacer tareas livianas.

Antecedentes de caídas Sí No Utiliza alguno de los siguientes: bastón caminador silla de ruedas motoneta motorizada

Está fuera de la cama y despierto más del 50 % del día.

Capaz de cuidarse a sí mismo. Capaz de un autocuidado limitado (necesita ayuda para ducharse, vestirse, comer).

DOCUMENTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN MÉDICA: Marque los siguientes documentos que tenga:

Testamento en vida Voluntades anticipadas incluido el estado de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés) Poder notarial para cuestiones médicas

Si lo tiene, ¿quién es su poder notarial para cuestiones médicas?

Nombre del apoderado para cuestiones médicas: _____ Número de contacto: _____

¿Puede proporcionar una copia de los documentos anteriores que tiene para nuestros registros?

¿Quiere recibir información sobre alguno de los documentos mencionados anteriormente? Sí No

Si la respuesta es sí, indique cuál o cuáles: _____

Notas del médico:

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

EVALUACIÓN DEL DOLOR:

(Esta sección se debe completar hasta 5 días antes de la cita).

¿Está experimentando algún dolor en este momento? Sí No

Califique su nivel actual de ansiedad/angustia:

(nada de dolor) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (dolor extremo)

¿Sus medicamentos para el dolor controlan el dolor? 100 % 75 % 50 % 25 % Para nada

EVALUACIÓN DE LA ANGUSTIA:

En la siguiente escala, indique el número que mejor describa el grado de angustia que ha experimentado durante la última semana y que está experimentando hoy:

(nada de angustia) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (angustia extrema)

Complete TODAS las páginas de este cuestionario

ANOTE A CONTINUACIÓN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES DOLENCIAS QUE TENGA ACTUALMENTE

GENERAL	SÍ	NO		SÍ	NO
Fiebre			Problemas para dormir		
Escalofríos			Glándulas/ganglios linfáticos hinchados		
Moretones con facilidad			Sarpullido o irritación de la piel		
Debilidad general			Llagas abiertas/lesiones en la piel		

OJOS/NARIZ/GARGANTA	SÍ	NO		SÍ	NO
Dolor en los oídos			Boca seca		
Problemas de audición o sordera			Encías sangrantes		
Secreción de los oídos			Sangrados de la nariz		
Ruido o zumbido en los oídos			Rigidez persistente del cuello		
Usa audífonos			Cambios en la voz/ronquera		
Problemas en los senos paranasales			Hinchazón o ganglios linfáticos en el cuello		
Llagas en la lengua o boca			Dificultad para pasar el alimento		

OJOS	SÍ	NO		SÍ	NO
Cambios en la visión			Visión doble		
Destellos de luz/halos			Glaucoma o cataratas		
Dolor de ojos			Usa lentes o lentes de contacto		

Notas del médico:

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

CORAZÓN/CIRCULACIÓN	SÍ	NO	RESPIRATORIO	SÍ	NO
Dolor en el pecho			Problemas para respirar		
Ritmo cardíaco inusual			Escupir sangre		
Defectos cardíacos			Tos crónica		
Hinchazón de las piernas/tobillos			Dificultad para respirar		
Mareos/desmayos			Sibilancias		
Poca tolerancia al ejercicio					

ESTÓMAGO E INTESTINOS	SÍ	NO		SÍ	NO
Dolor o calambres abdominales			Diarrea		
Náuseas/vómitos			Sangre en las heces		
Indigestión o acidez estomacal			Hemorroides		
Poco apetito o disminución del apetito			Estreñimiento		
Vómito de sangre			Cambios en los hábitos de evacuación		

SISTEMA URINARIO Y GENITAL	SÍ	NO		SÍ	NO
Problemas para controlar la orina			Sangre en la orina		
Dificultad para empezar a orinar			Piedras en el riñón		
Dolor o ardor al orinar			Problemas sexuales		
Frecuencia			Impotencia		
Micción nocturna					

MÚSCULOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO	ENDOCRINO	SÍ	NO
Sensación de hormigueo/entumecimiento			Sed todo el tiempo		
Debilidad en los brazos o las piernas			Intolerancia al calor o al frío		
Rango de movimiento limitado			Bochornos		
Dificultad para mantener el equilibrio			Cansancio o lentitud inusuales		
Problemas articulares incluidos los siguientes: dolor, hinchazón, enrojecimiento			Sudores nocturnos		

NEUROLÓGICO	SÍ	NO	SALUD MENTAL	SÍ	NO
Dolores de cabeza muy fuertes			Depresión		
Cambios en el habla			Cambios en el estado de ánimo		
Movimientos involuntarios (como espasmos y temblores)			Ansiedad		
Pérdida de la memoria					
Parálisis					

Notas del médico:



Historial de información de salud del paciente (Página 7 de 7)

Fecha: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre legal del paciente: _____

Díganos el nombre de su farmacia preferida:

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Ubicación: _____

_____He leído este formulario o me lo han leído.

Firma del paciente: _____ **Fecha/Hora** _____ (seleccione una) a. m. p. m.
(o representante autorizado)

Médico: _____

NOTAS CLÍNICAS: (No marque nada en esta área sombreada).

Edad del paciente: _____

Estatura del paciente: _____

Peso del paciente: _____

Presión sanguínea del paciente: _____/_____

Pulso del paciente: _____

Respiraciones del paciente: _____

Dolor del paciente: _____

NOTAS DEL MÉDICO: (No marque nada en esta área sombreada).



A Partner of  OneOncology

Aviso de prácticas de privacidad respecto de la información de salud protegida

Fecha de entrada en vigencia: 06/03/2019

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. LEA ATENTAMENTE ESTE DOCUMENTO.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, les entrega a todos los pacientes de un grupo de médicos afiliados un Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) escrito con vocabulario sencillo que contiene lo requerido por las normas de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, se compromete a proteger la información personal y de salud del paciente en todos los grupos de médicos afiliados. Además, tanto las leyes federales como las estatales requieren que Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados mantengan la privacidad de la información de salud personal del paciente. Este Aviso explica las prácticas de privacidad de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y el grupo de médicos afiliados, nuestras obligaciones legales, y sus derechos en cuanto a su información personal y de salud. En este Aviso, se hace referencia a su información de salud personal o protegida (PHI, por sus siglas en inglés) como "información de atención médica" e incluye información sobre su tratamiento y cuidados médicos que contenga información que permite identificarlo, como su nombre, edad, domicilio, ingresos y otra información financiera.

Conforme a las leyes federales de privacidad, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden usar y divulgar su información de salud con fines que estén relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. La información de atención médica protegida es información que nosotros creamos y obtenemos al brindarle servicios. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, evaluaciones y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y solicitudes de atención o tratamientos futuros. También incluye documentos de facturación por dichos servicios. A continuación, se presentan ejemplos relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Uso de su información de atención médica con fines de tratamiento:

- Un enfermero obtiene información de tratamiento sobre usted y la registra en un historial médico.

- Durante su tratamiento, el médico determina si necesitará consultar a otro especialista. Compartirá información con dicho especialista y obtendrá su opinión.

Uso de su información de atención médica con fines de pago:

- Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados presentan solicitudes de pago a su compañía de seguros de salud. La compañía de seguros de salud o socio comercial que ayuda a Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados obtienen información de las solicitudes de pago de nuestra parte en torno a los cuidados médicos que usted recibe. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados les darán información sobre usted y los cuidados brindados.

Uso de su información con fines de operaciones de atención médica:

- Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden obtener servicios de socios comerciales, como evaluación de calidad, mejora de la calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolo y pautas clínicas, programas de entrenamiento, acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados compartirán información sobre usted con dichos socios comerciales según sea necesario para obtener los servicios requeridos.

Sus derechos en torno a su información de salud

Los registros médicos y de facturación que conservamos son propiedad física de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados. En relación con su información de atención médica protegida, tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar u obtener una copia

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus registros de salud completos, a menos que el médico considere que divulgar esta información podría dañarlo. Mientras la investigación esté en curso, es posible que no pueda ver ni obtener una copia de la información recolectada para un procedimiento legal o de ciertos registros de investigación. Su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de los registros debe ser presentada por escrito, fechada y firmada, ante el departamento de registros médicos del centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, que mantiene los registros. (Las solicitudes de registros de facturación deben ser enviadas al departamento de facturación). Puede que le cobremos una tarifa por procesar su solicitud. Si Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, deniega su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de sus



A Partner of  OneOncology

registros, puede presentar una apelación por escrito ante el Departamento de Cumplimiento de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, al siguiente domicilio: 3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201

Derecho a solicitar una enmienda

Si considera que la información médica que Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados tienen sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a pedirnos que enmendemos sus registros médicos. Su solicitud de enmienda debe presentarse por escrito, firmada y fechada. Debe especificar cuáles son los registros que desea corregir, identificar al centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, que tiene dichos registros y explicar el motivo de su solicitud. Debe enviar su solicitud al Departamento de Cumplimiento a 3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201, Tucson, AZ 85712; o bien, al centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, que conserva los registros que desea corregir. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, le responderá dentro de los sesenta (60) días posteriores. Puede que deneguemos su solicitud; si lo hacemos, le diremos cuáles son los motivos y le explicaremos sus opciones.

Derecho a obtener un resumen de las divulgaciones

Puede solicitar un resumen, que es una lista de las entidades o personas (sin incluirlo a usted) a quienes Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, les ha divulgado su información médica sin su autorización por escrito. El resumen no incluirá divulgaciones de tratamiento, pago, operaciones de atención médica u otras divulgaciones que quedan exentas por ley. Su solicitud del resumen de las divulgaciones debe presentarse por escrito, firmada y fechada. Debe identificar el periodo de las divulgaciones y el centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, que conserva los registros sobre los cuales está pidiendo el resumen. No detallaremos divulgaciones que se hayan llevado a cabo más de seis (6) años antes de su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué formato quiere el resumen (por ejemplo, papel o electrónico). Debe enviar su solicitud por escrito al departamento de registros médicos del centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, que conserva los registros o al Departamento de Cumplimiento ante 3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201, Tucson, AZ 85712.

. Responderemos dentro de los sesenta (60) días posteriores. Le daremos el primer resumen dentro de cualquier periodo de 12 meses sin cargo, pero le cobraremos por todos los demás resúmenes que pida dentro del mismo periodo de 12 meses.

Derecho a recibir notificaciones de incumplimiento

En caso de que ocurra algún incumplimiento en cuanto a su PHI no protegida, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados deben cumplir con todas las exigencias de notificación de incumplimiento de las

leyes HIPAA/HITECH, lo que incluye notificarlo de todas las consecuencias que, por el incumplimiento, podrían haber caído sobre usted o sus familiares y de las medidas que Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, adoptó para minimizar el impacto que el incumplimiento podría haber tenido en usted.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción o límite en cuanto a la información médica que usamos o divulgamos sobre usted con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. A menos que la ley exija lo contrario, si paga la totalidad de los servicios al momento de la consulta, tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de información de salud a compañías aseguradoras. Para pedir una restricción, debe enviar su solicitud por escrito ante el Departamento de Cumplimiento ubicado en 3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201, Tucson, AZ 85712. En su solicitud, debe informarnos cuál es la información que quiere limitar, si quiere restringir el uso, la divulgación o ambas acciones, y a quién desea aplicarle la restricción (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Se evaluarán todas las solicitudes para determinar si son aceptadas; por lo tanto, no recibirá una respuesta inmediata a su solicitud. Se hará todo lo posible para darle una respuesta a su solicitud dentro de los treinta (30) días.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones médicas de una determinada manera o en una determinada ubicación. Por ejemplo, puede pedirnos que lo contactemos exclusivamente en su trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito al Departamento de Cumplimiento ubicado en 3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201, Tucson, AZ 85712. No le pediremos que nos dé los motivos de su solicitud. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados cumplirán con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso en formato electrónico, tiene derecho a recibir una copia impresa. Puede obtener una copia impresa de este aviso en cualquiera de nuestros centros o llamando al 1-520-689-7022. También puede ver este aviso en nuestro sitio web: www.arizonabloodandcancerspecialists.com.

Representante personal

Su “representante personal” puede ejercer los derechos mencionados anteriormente en su nombre si, en virtud de una ley aplicable, esa persona tiene autoridad legal



A Partner of  OneOncology

para actuar por usted al momento de tomar decisiones relacionadas con la atención médica.

¿Cómo protege Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, su información de salud?

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados deben cumplir con los siguientes puntos:

- Mantener la privacidad de su información de salud, tal como lo exige la ley.
- Brindarle un aviso sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con la información que recolectamos y conservamos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos cumplir con una solicitud de restricción u otra solicitud.
- Cumplir con las solicitudes razonables en cuanto a los métodos de compartir información de salud con usted.
- Cumplir con su solicitud de resumen de divulgaciones.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados se reservan el derecho de enmendar, cambiar o eliminar disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y de acceso, y de implementar nuestras disposiciones en torno a la PHI que conservamos. Si nuestras prácticas en torno a la información cambian, enmendaremos nuestro aviso. Tiene derecho a recibir una copia actualizada del aviso; para ello, debe llamar y solicitar una copia de nuestro aviso o visitar uno de nuestros consultorios y retirar una copia. Se publicarán nuevas políticas en la sala de espera y en nuestro sitio web www.arizonabloodandcancerspecialists.com.

Solicitar información o presentar un reclamo

Si tiene preguntas, desea información adicional o quiere informar un problema en torno al manejo de su información de atención médica, puede comunicarse con el Departamento de Cumplimiento de las siguientes maneras:

<p><u>Informe directo:</u></p> <p>OneOncology Attn: VP of Compliance 1-901-235-2185 agatha.asekota@oneoncology.com</p>	<p><u>Informe anónimo:</u></p> <p>Sitio web de la línea directa de cumplimiento: oneoncology.ethicpoint.com</p> <p>Informes por teléfono: 1-844-473-5115.</p>
--	---



A Partner of  OneOncology

Además, si considera que sus derechos de privacidad han sido vulnerados, puede presentar una queja por escrito ante cualquier centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y grupos de médicos afiliados. También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 | www.hhs.gov/ocr

- Como condición para recibir tratamiento en el consultorio, no le pediremos que renuncie al derecho de presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. ni podemos hacerlo.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ni podemos hacerlo.

Usos y divulgaciones que requieren autorización

Contacto con el paciente

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden comunicarse con usted para recordarle una consulta, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle. Por ejemplo, podemos dejarle un mensaje de voz en el número de teléfono que usted nos brinde.

Oportunidad para aceptar o rechazar una notificación

A menos que se oponga, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden usar o divulgar su PHI para notificar, o ayudar a notificar, a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención acerca de su ubicación, su condición general o su fallecimiento.

Comunicación con la familia

No se divulgará información sobre usted sin su autorización por escrito. Las únicas excepciones incluyen operaciones comerciales esenciales, emergencias que pongan en riesgo la vida, una orden judicial o casos que involucren nuestra obligación ética y legal de denunciar un abuso.

Apoyo filantrópico

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden usar o divulgar cierta información médica sobre usted para contactarlo con

el fin de recaudar fondos para apoyar a Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y sus operaciones. Tiene derecho a optar por no recibir estas comunicaciones; en tal caso, le informaremos cómo cancelarlas.

Ayuda en casos de desastres

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden usar y divulgar su PHI para colaborar en las tareas que se llevan a cabo para ayudar en casos de desastres.

Usos y divulgaciones que no necesitan consentimiento ni autorización

Actividades de salud pública

1. Control de enfermedades
 - a. Tal como lo exige la ley, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI a autoridades de salud pública o legales a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
2. Abuso infantil y abandono
 - a. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI a autoridades públicas tal como lo permita la ley para denunciar abusos infantiles o abandonos.
3. Administración de alimentos y medicamentos de los EE. UU. (FDA)
 - a. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI a la FDA por cuestiones relacionadas con eventos adversos causados por alimentos, suplementos, productos y defectos de productos o información de la vigilancia posterior a la comercialización con el fin de permitir retiradas del mercado, reparaciones o reemplazos.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar PHI a autoridades gubernamentales en la medida en que la divulgación esté autorizada por leyes o regulaciones, y que el juicio profesional del médico indique que la divulgación es necesaria para evitar daños graves para la persona u otras posibles víctimas.

Requerimientos específicos del estado

Cada estado tiene requerimientos únicos para informar datos, que incluyen actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción del costo de atención médica. Asegúrese de citar las regulaciones estatales en función de la ubicación del centro de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.



A Partner of  OneOncology

Agencias de supervisión

Las leyes federales nos permiten divulgar su PHI a agencias de supervisión de atención médica apropiadas o para actividades de supervisión de salud, que incluyen auditorías o investigaciones civiles, administrativas o criminales: inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, y por motivos similares relacionados con la administración de la atención de salud.

Procedimientos judiciales/administrativos

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo tal como lo permita o exija la ley, o según lo indique una orden judicial apropiada o un tribunal administrativo, siempre que solo la PHI divulgada esté expresamente autorizada por dicha orden o en respuesta a una citación, solicitud de pruebas u otro proceso legal.

Cumplimiento de la ley

Tal como lo exige la ley, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI para hacer cumplir la ley, como cuando lo exige una orden judicial, lo que incluye leyes que implican la denuncia de ciertos tipos de heridas y otras lesiones físicas.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

De conformidad con las leyes aplicables, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI a directores de funerarias o médicos forenses para que puedan llevar adelante sus obligaciones.

Organizaciones de procuración de órganos

De conformidad con las leyes aplicables, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos u otras entidades involucradas en la procuración, preservación o trasplante de órganos, ojos o tejidos con fines de donación y trasplante.



A Partner of  OneOncology

Investigación

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar información a investigadores siempre que sus investigaciones hayan sido aprobadas por una junta de revisión institucional que se haya encargado de revisar la propuesta de la investigación y establecer protocolos para garantizar la privacidad de su PHI.

Amenaza para la salud y la seguridad

De conformidad con las leyes aplicables y con el fin de evitar o disminuir amenazas graves e inminentes para la salud o la seguridad de una persona o del público, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI.

Por funcionarios gubernamentales especializadas

Según lo permita la ley, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI a funcionarios gubernamentales especializados, como personal de las fuerzas armadas o del programa de asistencia pública o por cuestiones de seguridad nacional.

Instituciones penitenciarias

Si es un interno en una unidad penitenciaria, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgarle a la institución y sus agentes la PHI que resulte necesaria para su salud y para la salud y la seguridad de otras personas.

Indemnización por accidente de trabajo

Si busca una compensación a través de la indemnización por accidente de trabajo, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, y los grupos de médicos afiliados pueden divulgar su PHI en la medida que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidente de trabajo.

Otros usos y divulgaciones

Aparte de los usos y las divulgaciones ya mencionadas en este aviso, se efectuarán otros usos y divulgaciones solo en la medida que así lo permita la ley o con su autorización por escrito, la cual puede revocar, a menos que ya se haya actuado o se haya divulgado determinada información.

Sitio web

Puede encontrar este Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC: www.arizonabloodandcancerspecialists.com.



A Partner of  OneOncology

Si tiene preguntas acerca de este “Aviso de Prácticas de Privacidad”, puede comunicarse con la VP de Cumplimiento de OneOncology a través del siguiente correo electrónico: agatha.asekota@oneoncology.com

06/03/2019

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al: 1-520-689-6992.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC bik’ehgo hójil’ínígíí bidadeeti’ígíí Wááshindoon t’áá át’é bilá’ashdla’ii bee bá ádahaazt’i’ígíí bibee haz’áanii dóó doo ak’íjì’ nitsáhákees da díí ninahjì’ ał’áá dadine’é, dine’é bikágí át’ehígíí, binááhai’ígíí, nazhnił’ago da, éí doodaii’ asdzání dóó diné át’ehígíí.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti’go Diné Bizaad, saad bee áká’ánída’áwo’déé’, t’áá jìik’eh, éí ná hóló, koji’ hódíłnih áqéóaqááíqííóó. 1-520-689-6992.



A Partner of  OneOncology

La discriminación viola la ley

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, no excluye ni trata diferente a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, les ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse de forma efectiva con nosotros,

por ejemplo:

- Intérpretes del lenguaje señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra más grande, audio, formatos electrónicos, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con: Karen McCormick

Karen McCormick
3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201
Tucson, AZ 85712
1-520-689-7022



A Partner of  OneOncology

Si considera que Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Karen McCormick
3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201
Tucson, AZ 85712
1-520-689-7022

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Karen McCormick está a su disposición para brindarle asistencia.

También puede presentar un reclamo en relación con sus derechos civiles ante la siguiente entidad:



A Partner of  OneOncology

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; puede hacerlo de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en la siguiente dirección:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm>

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al: 1-520-689-6992.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC bik'ehgo hójil'ínigíí bidadeeti'ígíí Wááshindoon t'áá át'é bilá'ashdla'ii bee bá ádahaazt'i'ígíí bibee haz'áanii dóo doo ak'íj' nitsáhákees da díí ninahjí' at'áá dadine'é, dine'é bikágí át'ehígíí, binááhai'ígíí, nazhnił'ago da, éí doodaii' asdzáni dóo diné át'ehígíí.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih áqéóąąáíqííóó. 1-520-689-6992.



A Partner of  OneOncology

Procedimiento de quejas en virtud del Artículo 1557 de la Ley de Cuidado Asequible

La política de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, es no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, ha adoptado un procedimiento interno de quejas para impulsar la resolución rápida y equitativa de reclamos sobre cualquier acción prohibida por el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado Asequible (Título 42 del Código de los EE. UU., Artículo 18116) y sus normas de aplicación establecidas en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, parte 92, emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El Artículo 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas de salud y actividades. El Artículo 1557 y sus normas de aplicación pueden ser examinadas en la oficina de Karen McCormick, 3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201, Tucson, AZ 85712, quien ha sido designada para coordinar los esfuerzos de Arizona Blood and Cancer Specialists por cumplir con el Artículo 1557.

Toda aquella persona que considere que alguien ha sido víctima de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja de conformidad con este procedimiento. Conforme a las leyes, Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, no puede tomar represalias contra alguien que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

Las quejas se deben presentar ante el coordinador del Artículo 1557 dentro de los (60 días) posteriores a que la persona que presenta la queja haya tomado conocimiento de la acción discriminatoria que se alega.

Los reclamos, además, se deben presentar por escrito y deben incluir el nombre y el domicilio de la persona que los presenta. Deben explicar el problema o la acción considerada como discriminatoria y la resolución o la compensación deseadas.



A Partner of  OneOncology

El coordinador del Artículo 1557 (o la persona designada por este) debe llevar a cabo una investigación del reclamo. Esta investigación puede ser informar, pero debe ser exhaustiva, y debe permitirles a todas las personas interesadas presentar pruebas relevantes para el reclamo. El coordinador del Artículo 1557 conservará los documentos y los registros de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible y de conformidad con las leyes aplicables, el coordinador del Artículo 1557 tomará las medidas correspondientes para preservar la confidencialidad de los documentos y los registros relacionados con las quejas y solo los compartirá con aquellos que deban estar al tanto de su contenido. •

En función de la preponderancia de la prueba, el coordinador del Artículo 1557 emitirá una decisión por escrito sobre la queja antes de los 30 días de la presentación de esta, lo que incluye una notificación al demandante de su derecho de buscar otras soluciones administrativas o legales.

La persona que presenta la queja puede apelar la decisión del coordinador del Artículo 1557; la apelación debe presentarse por escrito y estar dirigida al director general dentro de los 15 días posteriores a haber recibido la decisión del coordinador del Artículo 1557. El director general debe emitir una decisión por escrito en respuesta a la apelación antes de los 30 días de su presentación.

La disponibilidad y el uso de este proceso de quejas no evita que una persona pueda buscar otras soluciones legales o administrativas, lo que incluye la presentación de un reclamo por discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad ante un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Una persona puede presentar un reclamo por discriminación de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services



A Partner of  OneOncology

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamo están disponibles en la siguiente dirección:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Dichos reclamos se deben presentar dentro de los 180 días posteriores a la fecha del episodio de discriminación alegado.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, hará los arreglos necesarios para garantizar que las personas con discapacidad y aquellas con un conocimiento limitado de inglés reciban asistencia y servicios auxiliares o servicios de asistencia lingüística, respectivamente, en caso de que sean necesarios para que puedan participar en este proceso de quejas. Dichos arreglos pueden incluir, entre otros, intérpretes calificados, cintas de audio con material para personas con visión reducida o ubicaciones sin obstáculos donde llevar a cabo los procedimientos de quejas. El coordinador del Artículo 1557 será responsable de dichos arreglos. Fecha:

06/03/2019

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al: 1-520-689-6992.

Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC bik'ehgo hójil'ínigíí bidadeeti'ígíí Wááshindoon t'áá át'é bilá'ashdla'ii bee bá ádahaazt'i'ígíí bibee haz'áanii dóo doo ak'íjì' nitsáhákees da díí ninahjì' ał'áá dadine'é, dine'é bikágí át'ehígíí, binááhai'ígíí, nazhnił'ago da, éi doodaii' asdzáni dóo diné át'ehígíí.

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jìik'eh, éi ná hóló, koji' hódíłnih áqéóaqáíqííóó. 1-520-689-6992.