



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.  
Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

Estimado señor o señora,

Bienvenido a Inland Pulmonary Medical Group. Somos una división especializada en medicina interna, enfermedades pulmonares, cuidados intensivos, trastornos del sueño, y la rehabilitación pulmonar, que se encuentra en la región de Inland Empire.

Usted tiene una cita programada con él \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ am / pm

en nuestra oficina de \_\_\_\_\_. Si esto no es correcto, por favor llame a la oficina.

Con el fin de hacer que su cita funcione mejor, por favor traiga/ llene lo siguiente:

- **FORMAS:** Por favor llene las formas y llevar con usted a su cita. Estas formas también se pueden descargar desde nuestra pagina de internet en [www.inlandpulmonary.com](http://www.inlandpulmonary.com)
- **TARJETAS DE SU SEGURANSA:** (Tarjetas primarias o secundarias). Tenemos que hacerles copias a sus tarjetas.
- **RESULTADOS DE PRUEBAS:** (análisis de sangre, biopsia, estudio del sueño, resonancia magnética, Rayos X, Ultrasonido...) Tal vez no podamos conseguir estos resultados para el día de su cita por favor de obtener una copia antes de su cita de su doctor primario o de la institución donde se realizo la prueba
- **RADIOGRAFIAS:** Aparte de los reportes, por favor traiga las radiografías o un disco de los estudios para que el medico los revise.
- **CO-PAGOS:** (HMO y otros seguros que requieren un co-pago). Todos los pagos deben ser pagados en el momento de su visita. Habrá un cargo adicional de procesamiento para cualquier co-pago fracturado.
- **REFERENCIAS:** Por favor, asegúrese de que su referencia (si es requerido por su plan de seguridad) se haya obtenido o este en el sistema por medio de su doctor primario antes de su cita. Si usted no tiene una referencia en el día de su cita, puede ser reprogramado.
- **MEDICINAS:** Favor de traer una lista completa de los medicamentos actuales.

Tenga en cuenta que es su responsabilidad conocer los términos de su contrato de seguridad. Nosotros participamos con muchos de los planes de seguranzas, que tiene políticas muy diferentes. Nuestra oficina no puede ser responsable de conocer las políticas de su plan específico.

Por favor tenga en cuenta que usted será responsable de dar toda la información necesaria para que el médico lo revise en el momento de su visita, sin esta información su cita puede ser cancelada y / o reprogramado para una fecha posterior. Por favor de llegar puntualmente a su cita.

**OBLIGATORIO: ESTE PAQUETE DE NUEVO PACIENTE DEBE SER DEVUELTO POR CORREO, ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO O ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO A NUESTRA OFICINA ANTES DE SU CITA CON EL MÉDICO. NO DEVOLVER A TIEMPO PODRÍA RESULTAR EN DELATAR SU CITA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.**

**SI USTED NECESITA CANCELAR O REEMPLAZAR SU CITA, UN AVISO DE 24 HORAS ES ABSOLUTAMENTE OBLIGATORIO. POR FAVOR LLAME AL NÚMERO DE TELÉFONO ABAJO PARA INFORMAR A NUESTRO PERSONAL DE CUALQUIER CAMBIO. SI USTED FALLA DE HACERLO, UNA MULTA DE CANCELACIÓN DE \$ 35 PARA NUEVOS PACIENTES / \$ 25 CANCELACIÓN PARA PACIENTES DE SEGUIMIENTO / \$ 50 PFT CANCELACIÓN / \$ 100 NO-SHOW MULTA PARA NUEVOS PACIENTES / \$ 50 NO-MOSTRAR PACIENTES DE SEGUIMIENTO / \$ 100 PARA NO SHOW PFT SERÁ DIRECTAMENTE EXPULSADO A USTED. LOS SEGUROS DE SALUD NO CUBREN ESTE GASTO.**

Gracias y esperamos con interés la reunión de usted y el cuidado de usted.



# INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.  
Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

## DEMOGRÁFICOS del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  
Sexo: H M Numero de Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Cas. Div. Sep. Sol. Viu.  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Ethico: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre de Farmacia y direccion: \_\_\_\_\_

### **ASEQRANZA PRIMARIA:**

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Unión o Local: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### **ASEQRANZA SECUNDARIA:**

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Unión o Local: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### **PERSONA RESPONSABLE SI EL PACIENTE ESTA INCAPACITADO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

### **FAMILIAR O AMIGO/A PARA CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP**

9655 Monte Vista Avenue, Suite 402, Montclair, CA 91763

637 North Thirtieth Avenue, Upland, CA 91786

**Acuerdo Financiero:** Yo, el abajo firmante, autorizo que sé pague directamente a Dr. Hsu, Dr. Hong, Dr. Kongchalalai, Dr. Chang, Dr. Grobler, o Dr. Khorrani, y Dr. Siriratsivawong por todo los servicios y todo los gastos mayores de tratamiento. Yo completamente entiendo que soy responsable por cualquier saldo que quede después del pago de mi aseguranza.

**Archivo Medico:** Yo, el abajo firmante, autorizo que se le dé cualquier información necesaria a mi aseguranza para el pago del saldo medico. Una copia de esta autorización es valida como la original.

**Consentimiento Para Tratamiento:** Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al doctor que decida exámenes necesarios para mi tratamiento medico. Estoy de acuerdo que el doctor no será responsable de ninguna consecuencia si decido no recibir tratamiento o irme sin recibir tratamiento.

**Firma del Paciente o Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

637 N. 13<sup>th</sup> Avenue, Upland, CA 91786 \* (909) 985-9321 \* Fax (909) 985-0842

9655 Monte Vista Avenue Suite 402 Montclair, CA 91763 \* (909) 626-1205 \* Fax (909) 625-1977



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

### POLIZA FINANCIAL

Estamos comprometidos en dedicar el mejor tratamiento medico posible para nuestros pacientes. Si tiene aseguranza queremos ayudarle recibir lo máximo de sus beneficios. Para llevar acabo estas metas, necesitamos su ayuda y entendimiento de nuestra póliza de pagos.

**TODOS LOS PACIENTES:** El paciente es responsable por todos los servicios administrados a pesar de su aseguranza. La responsabilidad de pagar es totalmente de usted.

**PAGO EN EFECTIVO:** Todos los pacientes que pagan efectivo, pagaran por completo a la hora del servicio

**ASEGURANZA PROVADA:** Debemos tener la Información Del Paciente completo y firmado al momento del servicio. Si no puede dar la información necesaria, su cuenta será manejada igual que el paciente que paga en efectivo. Deducibles y co-pagos serán pagados al momento del servicio.

**MEDICARE:** Debemos tener una copia de su tarjeta de Medicare y copia de su aseguranza secundaria. Aceptamos pagos de Medicare, por el cual usted será responsable por el deducible y el 20% del saldo. Ay ciertos exámenes y provisiones que **NO CUBRE** Medicare. Si usted necesita cierto servicio se le informara. Si usted decide recibir cierto examen, será pagado en efectivo al momento del servicio medico.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al administrador y el desempeño de todos los procedimientos y tratamientos diagnósticos que, a juicio de mi médico, se consideren necesarios o aconsejables. También estoy de acuerdo en que si decido ausentarme sin recibir tratamiento o sin el consentimiento de mi médico asistente, el médico no será responsable de las consecuencias de tal decisión.

**PAGOS:** La parte del paciente o el copago del paciente se debe pagar en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos todas las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard y Discover)

**SI EN CUALQUIER MOMENTO USTED TIENE PROBLEMAS FINANCIALES, POR FAVOR HÁGALO SABER A LA OFICINA PARA QUE SEA CONSCIENTE DE LA SITUACIÓN. SIEMPRE SE PUEDE HACER TRATOS DE PAGO ESPECIALES PARA LOS QUE NECESITEN AYUDA. SI USTED NECESITA HACER ARREGLOS, POR FAVOR PIDA HABLAR CON EL ENCARGADO.**

He leído cuidadosamente y entiendo todo lo anterior y acepto, apruebo, y estoy de acuerdo con **Inland Pulmonary Medical Group**.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



# INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrami, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historia Medica del Paciente:

Enfermedad Grave: \_\_\_\_\_

Heridas Graves: \_\_\_\_\_

Tuberculosis positivo:  Sí  No ¿Cuando? \_\_\_\_\_

¿Usted ronca?  Sí  No

¿Esta usted excesivamente cansado durante el día?  Sí  No

¿Le han dicho a usted que deja de respirar durante el sueño?  Sí  No

¿Tiene alta presión?  Sí  No

¿Qué es el tamaño de su cuello? \_\_\_\_\_

### Historia Medica de la Familia:

Enfermedades pulmonares  Sí  No ¿Quien? \_\_\_\_\_

Enfermedades del corazón  Sí  No ¿Quien? \_\_\_\_\_

Diabetes  Sí  No ¿Quien? \_\_\_\_\_

Cáncer  Sí  No ¿Quien? \_\_\_\_\_

Alta presión  Sí  No ¿Quien? \_\_\_\_\_

Tuberculosis positiva  Sí  No ¿Quien? \_\_\_\_\_

¿Fumas?  Sí  No ¿Dejaste?  Sí  No ¿Cuando Dejaste de Fumar? \_\_\_\_\_

Cigarros \_\_\_\_\_ ¿Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

Poros \_\_\_\_\_ ¿Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

Pipa \_\_\_\_\_ ¿Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

¿Tomas?  Sí  No

Frecuente \_\_\_\_\_ Social \_\_\_\_\_ Raro \_\_\_\_\_

¿Drogas?  Sí  No

Queja Principal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medico que lo Referio: \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.  
Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

### REGISTRO ACTUAL DE MEDICAMENTOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Favor anote todos los medicamentos que esta tomando, incluyendo supresores del apetito, vitaminas, etc.

Nombre de Medicina	Fuerza	Frecuencia	Fecha comienzo/ fin	Medico que prescribió	Farmacia de dispensación



# INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

## SLEEP AND DIAGNOSTIC CENTER Inland Pulmonary Medical Group

### Escala de la somnolencia de Epworth

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Tu edad: \_\_\_\_\_

Tu sexo:  Masculino  Femenina

¿Qué posibilidades hay de que usted dormite o quedarse dormido en las situaciones describir a continuación, en contraste con solo sentirse cansado?

Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos.

Incluso si usted no ha hecho algunas de estas cosas intentan recientemente resolverse cómo le habrían afectado.

Utilice la escala siguiente para elegir el número más apropiado para cada situación:

**0 = ninguna** posibilidad de dormirar

**1= pequeña** posibilidad

**2 = moderada** posibilidad

**3 = alta** probabilidad

Situación	Posibilidad de dormirar (0 – 3)			
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo tele	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, el teatro o reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en el automóvil durante 1 hora sin interrupción.	0	1	2	3
Acostarse a descansar por la tarde	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de la comida sin alcohol.	0	1	2	3
En un coche, al parar durante unos pocos minutos en tráfico.	0	1	2	3

**Cuenta Total** \_\_\_\_\_

637 N. 13<sup>th</sup> Avenue, Upland, CA 91786 \* (909) 985-9321 \* Fax (909) 985-0842

9655 Monte Vista Avenue Suite 402 Montclair, CA 91763 \* (909) 626-1205 \* Fax (909) 625-1977



# INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

## AUTORIZACIÓN DEL LANZAMIENTO DE LOS REGISTROS MÉDICOS

### PLEASE RELEASE RECORDS TO:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inland Pulmonary Medical Group<br>9655 Monte Vista Avenue, Suite 402<br>Montclair, CA 91763<br>Phone: (909) 626-1205<br>Fax: (909) 625-1977 | <input type="checkbox"/> Inland Pulmonary Medical Group<br>637 North 13th Avenue<br>Upland, CA 91786<br>Phone: (909) 985-9321<br>Fax: (909) 985-0842 | <input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>_____<br>Phone No. _____<br>Fax No. _____ |
|--|--|--|

### PIDO POR ESTE MEDIO UNA COPIA DE LOS INFORMES SIGUIENTES:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation/Consulta | <input type="checkbox"/> Laboratory/Laboratorios             |
| <input type="checkbox"/> History and Physical  | <input type="checkbox"/> Pulmonary Function Test             |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes        | <input type="checkbox"/> X-Ray                               |
| <input type="checkbox"/> Treadmill Test        | <input type="checkbox"/> CT Scan                             |
| <input type="checkbox"/> Holter                | <input type="checkbox"/> PET Scan                            |
| <input type="checkbox"/> EKG                   | <input type="checkbox"/> Any and all Radiology/ Radiografias |
| <input type="checkbox"/> Other/Otros: _____    |  |

### LANCE POR FAVOR LOS EXPEDIENTES PEDIDOS ARRIBA:

Firm Autorizada \_\_\_\_\_

Imprima Firma \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha De La Firma \_\_\_\_\_



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrami, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

### DIVULGACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo esta previsto el derecho a solicitar comunicación confidencial, o que una comunicación de su PHI hacerse por medios alternativos, como envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individuo.

#### Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen a usted)

- Teléfono de casa \_\_\_\_\_
  - Aceptable de dejar un mensaje con información detallada.
  - Dejar mensaje con numero solamente para regresarle la llamada.
- Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_
  - Aceptable de dejar un mensaje con información detallada.
  - Dejar mensaje con numero solamente para regresarle la llamada.
- Comunicación Escrita
  - Aceptable de mandar vía correo a mi dirección de casa.
  - Aceptable de mandar vía correo a mi trabajo y dirección de la oficina.
  - Aceptable de mandar vía fax a este numero \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

Yo autorizo a los médicos y/ o empleados de Inland Pulmonary Medical Group a divulgar la IPS a los siguientes miembros de mi familia o persona/s responsable de mi salud (marque lo que corresponda):

- Nombre de esposo \_\_\_\_\_
- Nombre /s de hija /s \_\_\_\_\_
- Nombre /s de hijo /s \_\_\_\_\_
- Facilidad prolongada de Cuidado \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

Imprima Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente

Fecha





# INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrami, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

## SOLICITUD PARA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

Para: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Fax # \_\_\_\_\_

### PIDO POR ESTE MEDIO UNA COPIA DE LOS INFORMES SIGUIENTES:

CONSULTA \_\_\_\_\_ LABORATORIOS \_\_\_\_\_

TREADMILL \_\_\_\_\_ PFT \_\_\_\_\_

HOLTER \_\_\_\_\_ BILLING \_\_\_\_\_

EKG \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

RADIOGRAFIAS \_\_\_\_\_

### LANCE POR FAVOR LOS EXPEDIENTES PEDIDOS ARRIBA:

*INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP*

9655 Monte Vista Avenue, Suite 402, Montclair, CA 91763 Telephono:

637 North Thirtieth Avenue, Upland, CA 91786

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (imprima por favor): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.  
Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Inland Pulmonary Medical Group, 9655 Monte Vista Avenue, Suite 402, Montclair, CA 91763

637 North 13<sup>th</sup> Avenue, Upland, CA 91786

Dania Tabikha, Oficial de Privacidad y Numero De Contacto: (909) 626-1205

**Fecha de entrada en vigencia: Mayo 05, 2014**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

*Comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir tales registros de otras personas. Utilizamos estos registros para proveer atención médica de calidad o permitir que otros proveedores de atención médica puedan hacerlo, para obtener el pago por los servicios provistos según lo permita su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para que este consultorio médico funcione de manera adecuada. La ley nos exige mantener la privacidad de información de salud protegida, informar a las personas de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y a notificar a las personas afectadas por una falencia en la protección de la información de salud protegida. Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad mencionado anteriormente.*

#### **A. Cómo este consultorio médico puede utilizar o divulgar su información de salud**

El registro médico es propiedad de este consultorio médico pero la información en el registro le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Utilizamos su información médica para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas involucradas en brindarle el cuidado que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que prestan servicios que nosotros no. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para entregarle un medicamento con receta, o a un laboratorio que realice una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o herido, o luego de su fallecimiento.
2. Pago. Utilizamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información necesaria para realizar el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindaron.
3. Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica para que este consultorio médico funcione. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la calificación de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información cuando sea necesario para revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluido el fraude y la detección de abuso, y los programas de conformidad, la administración y la planificación empresarial. Además, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos. Poseemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales con términos que les exigen a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y la seguridad de su información médica. Si bien la ley federal no protege la información de salud que se divulga a alguien que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud, centro de intercambio de información sobre atención médica o alguno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe que todo receptor de información de atención médica continúe divulgándola, a menos que la ley lo solicite o permita específicamente. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted cuando soliciten esta información para ayudarlos con la evaluación de calidad y sus actividades de mejora; las actividades de seguridad del paciente; los esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica; el desarrollo de protocolos, la administración de casos o las actividades de coordinación de la atención; la

637 N. 13<sup>th</sup> Avenue, Upland, CA 91786 \* (909) 985-9321 \* Fax (909) 985-0842

9655 Monte Vista Avenue Suite 402 Montclair, CA 91763 \* (909) 626-1205 \* Fax (909) 625-1977



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

revisión de competencias, calificaciones y desempeño de los profesionales de la atención médica; los programas de capacitación; las actividades de acreditación, certificación o matriculación; las actividades relacionadas con los contratos de seguro de salud o beneficio de salud, o la detección de fraude y abuso en la atención médica y los esfuerzos de conformidad. También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica y planes de salud que participen con nosotros en "acuerdos de atención médica organizada" (OHCA, por sus siglas en inglés) para cualquiera de las operaciones de atención médica de los OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades que brindan conjuntamente servicios de atención médica. Puede solicitarle al funcionario de privacidad una lista de los OHCA en los que participamos.

4. Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas. Si usted no está en su hogar, podemos dejar esta información en el contestador automático o en un mensaje con la persona que atienda el teléfono.

5. Planilla de registro. Podemos utilizar y divulgar su información médica pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal o alguna otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, estado general o, a menos que usted no haya indicado lo contrario, en caso de su fallecimiento. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de asistencia humanitaria para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien involucrado con su cuidado o que ayude a pagarlo. Antes de realizar estas divulgaciones, le daremos la oportunidad para aceptarlas o rechazarlas si usted tiene la capacidad y disponibilidad para hacerlo; aunque podemos divulgar esta información en caso de desastre, incluso si usted se opuso, si creemos que es necesario para responder ante las circunstancias de emergencia. Si no tiene la capacidad o disponibilidad para aceptar o rechazar la divulgación, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor criterio para comunicarse con su familia y otras personas.

7. Venta de información de salud. No venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará que recibiremos una compensación por su información médica si nos autoriza a venderla y detendremos toda venta futura de su información cuando usted cancele dicha autorización.

9. Exigido por ley. De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.

10. Salud pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondrá en peligro de sufrir un daño severo o requerir a informar a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.

11. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley federal y de California.

12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente una corte u orden administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal si se hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en una corte o una orden administrativa.

637 N. 13<sup>th</sup> Avenue, Upland, CA 91786 \* (909) 985-9321 \* Fax (909) 985-0842

9655 Monte Vista Avenue Suite 402 Montclair, CA 91763 \* (909) 626-1205 \* Fax (909) 625-1977



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

13. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, una citación de un juzgado de acusación y para otros fines para el cumplimiento de la ley.
14. Médicos forenses. Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.
15. Donación de órganos o tejido. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, conservación en bancos y trasplante de órganos y tejidos.
16. Seguridad pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.
17. Comprobante de vacunación. Divulgaremos la información del comprobante de vacunación a la escuela en donde la ley exige que dicha escuela deba poseer la información antes de admitir a un estudiante, siempre que usted haya accedido a dar esta información en su nombre o el de su dependiente.
18. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya custodia se encuentre.
19. Indemnización laboral. Podemos divulgar su información de salud en caso de ser necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral, realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la aseguradora que proporciona indemnización laboral.
20. Cambio de posesión. En el caso de que este consultorio médico se venda o se una con otra organización, su información o registro de salud se convertirá en propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar la transferencia de copias de su información a otro médico o grupos médicos.
21. Notificación de falencia en la protección de la información. En el caso de que haya alguna falencia en la protección de la información de salud protegida, le notificaremos tal como lo exige la ley. Si usted nos ha brindado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar este medio para proporcionarle información con respecto a la falencia. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede realizar la notificación. También podemos notificarle a través de otros medios, según sea adecuado.
22. Investigación. Podemos divulgar su información de salud a investigadores que lleven a cabo una investigación para la cual no es necesaria su autorización por escrito según la aprobación de un Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en cumplimiento con la ley vigente.

### **B. Cuándo este consultorio médico no puede utilizar o divulgar su información de salud**

A excepción de lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, y en cumplimiento de nuestras obligaciones legales, este consultorio médico no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted s' autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar información para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento.

### **C. Sus derechos de información de salud**

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos casos de uso y divulgación de su información de salud por medio de una petición escrita que especifique qué información desea limitar y qué l'mites desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si usted nos indica que no le divulguemos a su plan de salud comercial información que tenga que ver con servicios o productos de atención médica por los cuales haya pagado completamente por cuenta propia, nosotros acataremos su solicitud a menos que debamos divulgar la información para su tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.  
Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de salud de alguna forma específica o a alguna ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico en particular o a su dirección laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a revisar y copiar. Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud con contadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud escrita que detalle a qué información desea acceder, si desea revisarla o realizar una copia, y, en caso de querer una copia, la forma y el formato deseados. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y el formato que usted solicitó, si es realizable rápidamente, o proporcionaremos un formato alternativo que usted acepte; o si no logramos estar de acuerdo y mantenemos el registro en formato electrónico, le ofreceremos elegir entre un archivo electrónico de lectura o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier persona que usted designe por escrito. Facturaremos un honorario razonable que cubra nuestros gastos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicitó y acordó por adelantado, el costo de redactar una explicación o un resumen según lo permita la ley federal y de California. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas. Usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión en caso de que rechazemos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa debido a que consideramos que permitirle el acceso podrá llegar a causar un daño substancial al paciente. En caso de que rechazemos su acceso a las notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a corrección o complemento. Usted tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica que crea que sea incorrecta o esté incompleta. Debe realizar una solicitud de corrección por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o está incompleta. No estamos obligados a modificar la información de salud, y le proporcionaremos información sobre el rechazo del consultorio médico y cómo puede disentir con el rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no contamos con la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección), si usted no está autorizado para revisar o copiar la información en cuestión o si la información es correcta y está completa actualmente. Si rechazamos su solicitud, usted puede enviar una declaración escrita que exprese su disconformidad con la decisión y, a su vez, nosotros podemos impugnarla. También tiene derecho a solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras con respecto a cualquier información dentro del registro que usted considere que está incompleta o es incorrecta. Toda la información relacionada a alguna solicitud de corrección o complemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación subsiguiente de la información en disputa.

5. Derecho a un resumen de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un resumen de las divulgaciones de su información de salud que este consultorio médico haya realizado, excepto que este consultorio médico no deba dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o conforme a su autorización escrita, o según los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación a la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de prácticas de privacidad, o divulgaciones con fines investigativos o de salud pública que excluyan identificaciones directas de pacientes o que sean inherentes a un uso o una divulgación permitidos o autorizados por ley, o las divulgaciones que se realicen a una agencia de supervisión de la salud o a agentes de la autoridad en la medida que este consultorio médico haya recibido notificación de dicha agencia o agente de que el brindar este resumen razonablemente podrá interferir en sus actividades.

6. Usted tiene derecho a estar informado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si previamente solicitó su recepción por correo electrónico.

Si quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

### **D. Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad**

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con este Aviso. Luego de que se realiza una modificación, el Aviso de prácticas de privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de



## INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP

Specializing in Internal Medicine, Pulmonary Medicine, Critical Care Medicine and Sleep Medicine

Frank J.Y. Hsu, M.D., F.C.C.P. Gene S. Hong, M.D., F.C.C.P., Elbert Chang, M.D., F.C.C.P.

Amarin Kongchalalai, M.D., F.C.C.P., Nicolaas M. Grobler, M.D., F.C.C.P., Shahram Khorrani, M.D., F.C.C.P., Mubina Gaffar, M.D., F.A.C.P.

recepción y habrá una copia disponible en cada cita. [Para los consultorios que posean sitio web, agregar lo siguiente: También publicaremos el aviso vigente en nuestro sitio web].

### E. Quejas

Las quejas con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o la manera en que este consultorio medico manipula su información de salud deben dirigirse a nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina aborda una queja, puede enviar una queja formal a:

Region IX  
Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)  
(415) 437-8329 (fax)  
[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)

El formulario de quejas se puede encontrar en: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf). Usted no será penalizado de ninguna forma por presentar una queja.