

## NUEVO PAQUETE DE PACIENTE

*Gracias por elegir Gynecologic Oncology Associates.*

*Nuestra oficina y el personal esperamos poder servirle.*

### **Antes de la cita:**

- Por favor complete la documentación adjunta paciente. Asegúrese de leer la política financiera y la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar el formulario de consentimiento.
- Si por alguna razón usted no puede asistir a su cita, por favor llame a nuestra oficina para reprogramar su visita para adaptarse a sus necesidades.

### **El día de su cita:**

- Existe documentación adicional para que llene una vez que llegas, así que por favor asegúrese de llegar 30 minutos antes de su cita para completar el proceso de registro.
- Traiga una identificación con fotografía vigente, (tal como una licencia de conducir) y sus tarjetas de seguro. Si usted no tiene su tarjeta de seguro de traer una copia legible. Si usted no tiene una copia de su tarjeta, por favor póngase en contacto con su compañía de seguros antes de su visita y de aportar una prueba de elegibilidad con usted.
- Esté preparado para pagar cualquier copago o insatisfecha deducible requerido por su seguro durante su visita.

No dude en llamar a nuestra oficina al (949) 642-1361 09 a.m.-05:00 pm, de lunes a viernes, con cualquier pregunta o duda sobre esta documentación.

## INFORMACION DEL PACIENTE

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

Direccion/Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Sexo: M F

Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_

Estatus(marque uno): Casado Soltero Viuda

Divorciado Separada Pareja de hecho

Mobile Telefono #: \_\_\_\_\_

Otro Telefono #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion de correo

electronico: \_\_\_\_\_

Metodo de contacto preferido (marque uno): Fax

Patient Portal Telefono Correo electronico

Carta

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

Contacto # telefono : \_\_\_\_\_

**Raza:** Hispanic Asiatico Caucastico Chinese

Filipino Negro Japonese Hawai Other \_\_\_\_\_

**Idioma Principal:** \_\_\_\_\_

**Ethnicity:** Hispanic/Latino Non-Hispanic Other

Insurance Co. Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Del suscriptor SSN #: \_\_\_\_\_

Del suscriptor Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguros ID #: \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

Medicare #: \_\_\_\_\_

Farmacia del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSIDERANDO DOCTOR:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Del Dr. Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Del Dr. Telefono: \_\_\_\_\_

PRIMARY medico de atencion:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Del Dr. Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Del Dr Telefono #: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Patient's Name (*Nombre del paciente*) \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_\_ Age (*Edad*) \_\_\_\_\_

Stated Height (*Dicha Altura*) \_\_\_\_\_ Stated Weight (*Dicho Peso*) \_\_\_\_\_

### GYNECOLOGIC HISTORY : GINECOLÓGICO HISTORIA:

Date of last Menstrual Cycle: (*Fecha de la última menstruación*) \_\_\_\_\_ Are you in Menopause?  
(¿Está usted en la menopausia?) Sí No Date of onset: (*Fecha de inicio*) \_\_\_\_\_

Are you taking Hormone Replacement? (*¿Está tomando reemplazo hormonal?*) SI NO  
Name: (*En caso afirmativo, nombre*) \_\_\_\_\_

Date of last PAP smear: (*Fecha de la última prueba de Papanicolaou*) \_\_\_\_\_  
Results of PAP: (*Resultados de PAP*) \_\_\_\_\_

Have you had a Hysterectomy? (*¿Ha tenido una histerectomía?*) SÍ NO Date: (*Fecha*) \_\_\_\_\_

Details of Hysterectomy and any other *Female* surgeries you may have had: (*Detalles de histerectomía y otras cirugías femeninas que haya tenido*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### REPRODUCTIVE HISTORY : HISTORIA REPRODUCTIVO:

Are you pregnant? (*¿Está embarazada?*) SI NO Number of pregnancies: (*Número de embarazos*) \_\_\_\_\_  
Number of Cesarean sections: (*Número de cesáreas*) \_\_\_\_\_

Number of vaginal deliveries: (*Número de partos vaginales*) \_\_\_\_\_ Number of living children: (*Número de hijos vivos*) \_\_\_\_\_ Do you hope to have more children?: (*¿Usted espera tener más hijos?*) SÍ NO

Have you ever had Tubal Ligation (tubes tied)? (*¿Alguna vez has tenido la ligadura de trompas (ligadura de trompas)?*) SÍ NO

### BREAST HISTORY : HISTORIA DE MAMA:

Date of last Breast Exam: \_\_\_\_\_

Date of Last Mammogram: (*Fecha del último examen de los senos / mamografía*) \_\_\_\_\_

Results: (Resultados) Normal Anormal \_\_\_\_\_

### CANCER HISTORY : CÁNCER DE HISTORIA:

Any previous cancers? (*Los cánceres anteriores?*) SI NO Type: (*Tipo*) \_\_\_\_\_

Date: (*Fecha tratado*) \_\_\_\_\_

Chemotherapy agents used: (*Los agentes quimioterapéuticos utilizados*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Radiation Therapy used: *(La radioterapia utilizada)* \_\_\_\_\_

Site treated: *(Sitio tratado)* \_\_\_\_\_ Date treated: *(Fecha tratado)* \_\_\_\_\_

**CANCER RISK: RIESGO DE CÁNCER:**

Please indicate if your family has a history of the following: (Only include parents, grandparents, siblings and children). *(Indique si su familia tiene un historial de los siguientes: (Sólo incluir a los padres, abuelos, hermanos e hijos).*

- Ovarian Cancer *(Cáncer de ovario)*
- Breast Cancer *(Cáncer de Mama)*
- Cervical Cancer *(Cáncer Cervical)*
- Uterine Cancer *(Cáncer uterino)*
- Other Cancer *(Otro cancer)* \_\_\_\_\_

**GENERAL HEALTH CARE: GENERAL DE SALUD:**

Do you Smoke? *(¿Fuma?)* SI NO No. of yrs *(¿por cuántos años?)* \_\_\_\_\_ ¿Cuándo lo dejó \_\_\_\_\_

Do you use recreational drugs? *(¿Usa drogas recreativas?)* SI NO Type: *(En caso afirmativo, tipo de lista)*

Do you drink alcohol? *(¿Bebe alcohol?)* SI NO Amount: *(Si es sí, cantidad)* \_\_\_\_\_

Date of last colonoscopy: *(Fecha de la última colonoscopia)* \_\_\_\_\_

Date of last flu shot: *(Fecha de la ultima vaccine gripe)* \_\_\_\_\_

Any other general health issues you feel the Doctor should know? *(Otras cuestiones generales de salud se siente el médico debe saber?)* \_\_\_\_\_

**LIST MEDICATIONS: *(Lista de Medicamentos actuales, vitaminas y hierbas)***

NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA	COMÓ TOMADA
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

**List Allergies and Allergic Reactions: *(Lista de alergias y reacciones alérgicas)***

- 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

List any prior surgeries not listed on page one: *(Haga una lista de cirugías anteriores que no figuran en la primera página)* \_\_\_\_\_

List any cardiovascular health issues: *(Haga una lista de los problemas de salud cardiovasculares, (tales como presión arterial alta, colesterol alto, infarto de miocardio, etc)* \_\_\_\_\_

## Gynecologic Oncology Associates Política Financiera

El objetivo principal de Gynecologic Oncology Associates es para ofrecerle la mejor atención médica posible y ayudarle con problemas de pago. Para lograr este objetivo, es necesario tener una idea clara de nuestra política financiera, que es importante para mantener una relación profesional.

Como paciente entrar en nuestra práctica, vamos a exigir información de identificación, incluyendo una licencia de conducir vigente o tarjeta de identificación del estado, número de Seguro Social y tarjetas de identificación de seguros.

1. **Los pacientes sin seguro o efectivo** - El pago es debido en su totalidad al momento del servicio.
2. **Visita a la oficina co-pagos** - se deben al momento del servicio.
3. **Deducible y Co-Seguro** - Cualquier pagar deducible de su propio bolsillo, y parte del costo se debe en el momento de la quimioterapia y las visitas al consultorio.
4. **Depósitos Cirugía** - se debe en su totalidad antes del procedimiento programado. Los depósitos varían depende de su parte de los costos e incluyen cualquier deducible pagado o co-seguro.
5. **No se muestran citas** - Hay un cargo de \$25.00 por citas no canceladas dentro de 24 horas sin razón válida. Esto no se paga por el seguro y se debe pagar antes de programar su próxima cita.
6. **Formas** - Hay un cargo de \$20.00 por cualquier forma o letra que requiere la firma de un médico, incluida la discapacidad, la familia Ley de Licencia Médica, cancelación de viaje, excusa jurado, y cualesquiera otras solicitudes o formas diversas. Esto tampoco se paga por el seguro y debe ser pagado a petición.
7. **Registros Médicos** - Hay una cuota de \$15.00 limitada y una tarifa de \$ 30.00 por una copia completa de su expediente médico. Hay una cuota de \$50.00 para los gráficos que requieren de almacenamiento y recuperación.
8. **Interés** - Los intereses al tipo legal puede ser añadido a cualquier balance sobre \$250.00 y más de 90 días de edad, a menos que otros arreglos de pago que se hayan acordado.
9. **Autorizaciones previas** - En cuanto a HMO, Medi-Cal, Cal Optima, y cualquier otro seguro que requieren autorización antes de servicios pueden ser prestados: Muchas HMO *no* pagarán por los servicios médicos cuando no hayan sido autorizados por adelantado. GOA asistirá en la obtención de dicha autorización en su nombre, sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de que todos los servicios han sido autorizados antes de su cita.
10. **Los transportistas comerciales** - GOA seguirá las pautas del contrato de seguro para la facturación y colecciones. Estar dispuestos a pagar cualquier deducible pagado o co-seguro en el momento del servicio, por favor.

11. **Pruebas de laboratorio externo, radiología y otros servicios** - Su visita puede incluir fuera de laboratorio, radiología y otros servicios a pedido. Si tiene alguna duda acerca de si un procedimiento, prueba de laboratorio o rayos X está cubierto por su seguro, o si no está seguro acerca de *dónde* debe realizarse, por favor llame al Departamento de Servicios de su plan para revisar sus beneficios y elegibilidad. También, por favor deje que nuestro personal de enfermería saber si su plan requiere que usted utiliza un laboratorio específico o centro de radiología. Esta oficina no puede ser responsable de los gastos fuera de bolsillo incurridos por el uso del proveedor equivocado o someterse a pruebas o procedimientos no cubiertos. Usted recibirá una factura por separado de cada empresa que va a realizar y la prestación de estos servicios. Usted tendrá que ponerse en contacto con la entidad externa respecto a cualquier pregunta de facturación.

12. **Por favor, tenga en cuenta** - Que, como profesionales de la salud, nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros. Por lo tanto, usted puede ser responsable de los gastos que su compañía de seguros no paga en su totalidad. *Es su responsabilidad conocer los detalles de su plan médico.* Nos damos cuenta de los problemas financieros temporales que pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si este tipo de problemas surgen, por favor póngase en contacto con nosotros inmediatamente para la ayuda en la gestión de su cuenta.

13. **Formas de pago** - incluyen efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, por favor póngase en contacto con nuestra **Oficina de Facturación al (800) 416-0888.**

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO GINECOLÓGICA ASSOCIATES ONCOLOGÍA DE MAYO DE EE.UU. Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO

Gynecologic Oncology Associates está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida. Esta información consta de todos los registros relacionados con su salud, incluyendo información demográfica, ya sea creada por Ginecológica Oncología Asociados o recibidos por Ginecológica Oncología Asociados de otros proveedores de salud.

Tenemos la obligación de darle aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Estos deberes legales y prácticas de privacidad se describe en el Aviso. Oncología Ginecológica Asociados se atenderá a los términos de este aviso, o del aviso actualmente en vigor en el momento del uso o divulgación de su información de salud protegida.

Oncología Ginecológica Asociados se reserva el derecho a modificar los términos de este Aviso y de hacer las nuevas provisiones efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Los pacientes se le proporcionará una copia de cualquier aviso revisado a petición. Una persona puede obtener una copia de la Notificación actual en nuestra oficina en cualquier momento.

### Usos y divulgaciones de su información de salud protegida no requerir su consentimiento:

Oncología Ginecológica Asociados puede utilizar y divulgar su información de salud protegida, sin su consentimiento o autorización, en determinadas operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Hay ciertas restricciones en el uso y la divulgación de los registros de tratamiento, que incluyen el registro y todos los registros relativos a las personas que están recibiendo, o que en todo momento han recibido servicios de la enfermedad mental, discapacidades del desarrollo, el alcoholismo o la drogadicción. También hay restricciones a la divulgación de los resultados de la prueba del VIH.

### El tratamiento puede incluir:

- Proveer, coordinar o administrar la asistencia sanitaria y servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud;
- Las consultas entre los proveedores de salud en relación con un paciente;
- Referencias a otros proveedores de tratamiento;
- Referencias a los hogares de ancianos, hogares de cuidado de crianza o agencias de salud en el hogar. Por ejemplo Oncología Ginecológica Asociados pueden determinar que el usuario necesita los servicios de un especialista. Al hacer referencia a otro médico, Oncología Ginecológica Asociados pueden compartir o transferir su información médica a ese médico.

### Actividades de pago pueden ser:

- Las actividades realizadas por Ginecológica Oncología Asociados para obtener el reembolso por los servicios prestados a usted;
- La determinación de su elegibilidad para recibir beneficios o cobertura de seguro de salud;
- Gestión de reclamaciones y ponerse en contacto con su compañía de seguros sobre el pago;
- Actividades de cobro para obtener el pago por los servicios prestados a usted;
- Revisión de los servicios de salud y discutiendo con su compañía de seguros de la necesidad médica de determinados servicios o la cobertura de los procedimientos previstos en su plan de salud, la adecuación de la atención, o la justificación de los cargos;
- La obtención de la certificación previa y pre-autorización de los servicios que se le brindan. Por ejemplo, Oncología Ginecológica Asociados presentará reclamaciones a su compañía de seguros en su nombre. Esta afirmación identifica a usted, su diagnóstico, y los servicios prestados a usted.

### Operación Healthcare pueden incluir:

- Contacto con los proveedores de salud y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento;
- La realización de la evaluación de calidad y actividades de mejora;
- La realización de la evaluación de resultados y el desarrollo de guías de práctica clínica;
- Desarrollo del protocolo, manejo de casos o coordinación de servicios;
- Organizar o realizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría. Por ejemplo, Oncología Ginecológica Asociados puede utilizar su diagnóstico, el tratamiento y la información de resultados para medir la calidad de los servicios que ofrecemos, o evaluar la eficacia del tratamiento en comparación con los pacientes en situaciones similares.

Oncología Ginecológica Asociados puede contactarle por teléfono o correo electrónico, para recordarle sus citas. Usted debe notificarnos si usted no desea recibir recordatorios de citas.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

No podemos divulgar su información de salud protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su tratamiento de atención médica sin su permiso escrito. La información médica puede ser divulgada sin el permiso escrito de los padres, tutor o custodio legal de un niño, el guardián de un adulto incompetente, el agente de salud designado en el poder de atención médica de un paciente incapacitado de abogado, o el representante personal o cónyuge de un difunto paciente.

Existen situaciones adicionales cuando Oncología Ginecológica Associates está permitido o requerido para utilizar o divulgar su información protegida de salud sin su consentimiento o autorización. Ejemplos incluyen los siguientes:

- Según lo permitido o requerido por la ley. En ciertas circunstancias, puede ser necesario para proporcionar información de salud individual a las autoridades legales, tales como los agentes del orden, funcionarios judiciales, o agencias gubernamentales. Por ejemplo, puede que tengamos que reportar abuso, negligencia, violencia doméstica o ciertas lesiones físicas. Estamos obligados a reportar heridas de bala o cualquier otra herida a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si existe una causa razonable para creer que la herida se produjo como consecuencia de un delito. Registros de salud mental puede ser revelada a las autoridades policiales con el fin de informar de un crimen evidente en nuestras instalaciones.
- Para las actividades de salud pública. Podemos dar a conocer los registros de salud, con la excepción de los registros de tratamiento, para ciertos organismos gubernamentales o la autoridad de salud pública autorizada por la ley, a la recepción de la solicitud por escrito de esa agencia. Estamos obligados a reportar los resultados positivos de la prueba del VIH para el epidemiólogo estatal. También podemos divulgar resultados de la prueba del VIH a otros proveedores o personas cuando ha habido o habrá riesgo de exposición. Podemos informar al epidemiólogo estatal el nombre de cualquier persona que se sabe han sido significativamente expuesto a un paciente con un examen positivo del VIH. Estamos obligados por ley a reportar sospechas de abuso y negligencia y abuso sospechado de un no nacido niño, pero no puede revelar los resultados diagnósticos en relación con la información o el enjuiciamiento de un supuesto abuso o negligencia. Podemos revelar el historial de salud y los resultados de la prueba del VIH, a la Administración de Alimentos y Medicamentos cuando sea requerido por la ley federal. Nosotros podríamos divulgar la información de salud, excepto los resultados de la prueba del VIH, por fin de informes de mayor uso o abuso negligencia, siempre que el tema del abuso o negligencia está de acuerdo, o si es necesario para evitar un daño grave. Los registros pueden ser de liberación para el reporte de violencia doméstica si es necesario para proteger al paciente o la comunidad del peligro inminente y sustancial.
- Para actividades de supervisión de la salud. Nosotros podríamos divulgar la información de salud, incluyendo los registros de tratamiento, en respuesta a una solicitud por escrito de cualquier agencia gubernamental federal o estatal para llevar a cabo funciones legalmente autorizados, tales como auditorías de gestión, auditoría financiera, el seguimiento y evaluación del programa, y la instalación o licencia individual o de certificación. Resultados de la prueba no puede ser comunicado a las agencias gubernamentales d federales o estatales, sin el permiso escrito, excepto hasta el epidemiólogo estatal para la vigilancia, la investigación, o para el control de las enfermedades transmisibles.
- Procedimientos Judiciales y Administrativos. Los registros de pacientes de salud, incluyendo los registros de tratamiento y los resultados de las pruebas de VIH, puede ser revelada en virtud de una orden judicial legal. Una citación judicial firmada por un juez es suficiente para permitir la divulgación de todos los registros de salud a excepción de los resultados de pruebas de VIH.
- Para las actividades relacionadas con la muerte. Podemos divulgar historias clínicas de salud, a excepción de los registros de tratamiento, a un médico forense o examinador médico con el propósito de completar un certificado médico o la investigación de una muerte. Resultados de la prueba del VIH puede ser divulgada bajo ciertas circunstancias.
- Para la investigación. Bajo ciertas circunstancias, y sólo después de un proceso de aprobación especial, podemos utilizar y divulgar su información de salud para ayudar a llevar a cabo investigaciones.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos reportar 's nombre y otros datos de interés para el Departamento de Transporte de si se cree que el paciente la visión de un paciente 's o condición física o mental afecta a la capacidad del paciente' s de ejercer un control razonable o normal en un vehículo de motor. Información sanitaria, incluidos los registros de tratamiento y los resultados de las pruebas de VIH, puede ser revelada cuando su divulgación sea necesaria para proteger al paciente o la comunidad del peligro inminente y sustancial.
- Para Compensación del Trabajador @ s. Podemos revelar su información de salud en la medida en tales registros estén razonablemente relacionados a cualquier lesión por la que se reclama indemnización de los trabajadores.

Oncología Ginecológica Asociados no hará ningún otro uso o divulgación de su información de salud protegida sin su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento, excepto en la



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

medida en que Ginecológica Oncología Asociados ha adoptado medidas en dependencia de la misma. Cualquier revocación debe ser por escrito.

## Sus derechos respecto a su información de salud protegida:

Usted está autorizado a solicitar que se impongan restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud protegida por Ginecológica Oncología Asociados para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted debe solicitar una restricción por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero si estamos de acuerdo, hay que atenerse a la restricción, a menos que su información de salud protegida que se necesita en una situación de tratamiento de emergencia. En este caso, la información puede ser revelada sólo a profesionales de la salud que lo trata. Además, la restricción no se aplicará cuando sea requerido por ley a revelar la información de salud determinado.

Usted tiene el derecho de revisar y / o obtener una copia de sus registros de salud, con la excepción de notas de psicoterapia, o la información compilada para su uso (o en previsión de ardid) en la acción civil, penal o administrativo. Oncología Ginecológica Asociados podrá denegar el acceso en otras circunstancias, en cuyo caso usted tiene el derecho de tener una opinión negativa. Podemos cobrar una tarifa razonable por copiar sus registros.

Usted puede solicitar que Ginecológica Oncología Asociados enviar la información protegida de la salud, incluyendo información de facturación a usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Usted también puede solicitar que no Ginecológica Oncología Asociados enviar información a una dirección o lugar en particular o en contacto con usted en un lugar específico, tal vez su lugar de empleo. Esta solicitud debe ser presentada por escrito. Cumpliremos con las solicitudes razonables por ti. Nótese que el envío de información de salud por medio de correo electrónico no es completamente seguro y hay un riesgo de que otra persona además de usted puede tener acceso a esta información. No nos hacemos responsables si el correo electrónico que proporcionó no es correcto o la información va en la dirección equivocada.

Usted tiene el derecho de solicitar que Oncología Ginecológica Asociados modificar partes de sus registros de salud, siempre y cuando dicha información sea mantenida por nosotros. Usted debe presentar esta solicitud por escrito, y bajo ciertas circunstancias, la petición puede ser negada. Usted puede solicitar para recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida hechas por Ginecológica Oncología Asociados para los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, a partir de las revelaciones hechas después de Abril 14, 2003. No se nos exige, sin embargo, para registrar las revelaciones que hacemos en virtud de un acuerdo firmado o autorización.

Su PHI está protegido en nuestro sistema de registros médicos electrónicos y en nuestro almacenamiento de datos internos y externos. También utilizamos la transmisión segura de datos a los dispositivos móviles. Oncología Ginecológica Associates está obligado a notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la PHI no segura.

Usted puede solicitar y recibir una copia impresa de este aviso, si había recibido o aceptado recibir la notificación por medios electrónicos.

Cualquier persona o el paciente puede presentar una queja ante Ginecológica Oncología Asociados y / o el Secretario de Salud y Servicios Humanos si creen que sus derechos han sido violados. Para presentar una queja ante Ginecológica Oncología Asociados, por favor contacte al Oficial de Privacidad a la siguiente:

Oficial de Privacidad  
Oncología Ginecológica Asociados  
351 Hospital Rd. Suite 507  
Newport Beach, CA 92663

Es la política de Ginecológica Oncológica Asociados que ninguna acción de represalia contra ningún individuo que se somete o transmite una queja por violación supuesta o real falta de cumplimiento o de las normas de privacidad.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad es a partir de abril 14 de 2003.

**POR FAVOR, LEA, INICIE Y FIRME LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES:**

\_\_\_\_\_  
(Inicial) Estoy dispuesto busco los servicios de atención médica y de salud de Gynecologic Oncology Associates, (GOA), sus empleados y el personal.

\_\_\_\_\_  
(Inicial) Tengo seguro medico con \_\_\_\_\_ Compañía de seguros y asigno directamente al Gynecologic Oncology Associates (GOA), beneficia a todos quirúrgicos y/o médicos, en su caso, de otro modo pagare por los servicios prestados. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros, con el fin de obtener beneficios de pago.

\_\_\_\_\_  
(Inicial) Entiendo que durante el curso de mi tratamiento que se somete a estudio para el virus VIH (SIDA).

\_\_\_\_\_  
(Inicial) Reconozco que he recibido una copia de Gynecologic Oncology Associates **Aviso de Privacidad Prácticas**. Este aviso describe cómo GOA puede utilizar y divulgar mi información protegida de la salud y los derechos tengo con respecto a mi información protegida de la salud.

\_\_\_\_\_  
(Inicial) He recibido y leído la **Política Financiera** de Gynecologic Oncology Associates. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios prestados y de acuerdo a los términos de esta Política Financiera.

---

**Firma del Paciente o Persona Responsable**

**Imprimir Nombre**

**Fecha**

Yo autorizo mi información de salud a las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
Nombre

Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre

Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre

Relación

# **RECORDS RELEASE AUTHORIZATION**

(REGISTROS DE AUTORIZACIÓN DE PRENSA)

DATE (FECHA): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

TO (A): \_\_\_\_\_

I authorize the release of my medical records and request they be forwarded to:  
(Yo autorizo la entrega de mis registros médicos y solicitar que se remitirán a):

- LISA N. ABAID, M.D.
- TIFFANY L. BECK, M.D.
- JOHN V. BROWN, M.D.
- ALBERTO A. MENDIVIL, M.D.
- JOHN PAUL MICHA, M.D.
- KRISTINA M. MORI, M.D.

SEND TO (ENVIAR A):

**Gynecologic Oncology Associates  
351 HOSPITAL ROAD, SUITE 507  
NEWPORT BEACH CA 92663  
PHONE: (949) 642-1361  
FAX: (949) 642-1394**

Patient's Name (print) (Nombre del Paciente) (letra de imprenta):

\_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

Signature (Firma): \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de arbitraje:** Se sobreentiende que todo conflicto relacionado con la mala praxis médica, ya sea si los servicios médicos prestados según este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o se prestaron inadecuadamente, negligente o incompetentemente, o no, será resuelto mediante arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California, y no mediante demanda o recurso de acción judicial, con excepción de la revisión judicial de las diligencias de arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California. Ambas partes, al firmar este contrato, renuncian a su derecho constitucional de que tal conflicto se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan someterse a arbitraje.

**Artículo 2: Toda reclamación ha de someterse a arbitraje:** Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas aquellas partes cuyas reclamaciones surjan o estén relacionadas con el tratamiento o el servicio prestado por el médico, incluyendo todo cónyuge o heredero del paciente y a todos sus hijos, hayan nacido o no, en el momento en que ocurrió el acontecimiento del cual surge dicha reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí se refiere tanto a la madre como al bebé o a los bebés que ella espera.

Toda reclamación por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantía en contra del médico, de sus socios y adjuntos, de la agrupación, de la persona jurídica o de la sociedad, y de los empleados, agentes o patrimonio de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia de un tercero, daños psicológicos o daños punitivos. El hecho de que el médico o el paciente inicie una acción judicial en cualquier tribunal para recaudar o refutar honorarios médicos, no significa que se renuncie al derecho de que se imponga el arbitraje para resolver toda reclamación por mala praxis. Sin embargo, tras alegar una reclamación de mala praxis, toda disputa de honorarios, bien sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también deberá resolverse mediante arbitraje.

**Artículo 3: Procedimiento y Derecho Aplicable:** Una demanda de arbitraje ha de ser notificada por escrito a todas las partes. Cada parte elegirá un árbitro (árbitro de esa parte) dentro del plazo de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) deberá ser elegido por los árbitros nombrados por las partes dentro del plazo de treinta días desde que se haya hecho una demanda de árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte involucrada en el arbitraje deberá pagar una parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos de arbitraje en los que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de letrado ni de testigo u otros gastos en los que se haya incurrido por una de las partes para su propio beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un agente judicial en lo que se refiere a responsabilidad civil cuando estén actuando en su calidad de árbitro según este contrato. Esta inmunidad deberá suplementar, no suplantar, cualquier otro derecho, jurisprudencial o legislativo, que proceda.

Cada parte tendrá el derecho absoluto a arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad civil y daños y perjuicios mediante petición por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten la intervención y asociación en este arbitraje de quien de otra manera sería una parte adicional adecuada en una acción judicial y, tras dicha intervención y asociación, toda acción judicial existente en contra de tal persona o entidad adicional deberá ser suspendida pendiente del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de derecho del Estado de California aplicables a los proveedores de asistencia médica se aplicarán también a los conflictos en el seno de este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, los artículos 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y los artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Toda parte puede interponer una petición ante los árbitros, solicitando se dicte un fallo judicial sumario o un fallo extrajudicial sumario de conformidad con el Código de Procedimiento Civil del Estado de California. La divulgación de pruebas deberá llevarse a cabo según el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden llevar a cabo declaraciones juradas verbales sin que hayan sido aprobadas previamente por el árbitro neutral.

**Artículo 4: Disposiciones Generales:** Toda reclamación basada en el mismo incidente, transacción o circunstancia afin deberá arbitrarse en un sólo proceso. Deberá renunciarse a la reclamación y ésta se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba notificación de dicha reclamación, y una vez alegada en una demanda civil, fuera anulada según lo dispuesto por la ley de prescripción del Estado de California procedente o (2) la parte demandante no prosigue con la reclamación de arbitraje con diligencia razonable, de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. En lo que respecta a cualquier otro asunto no previsto aquí expresamente, los árbitros serán regulados por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil del Estado de California relacionadas con el arbitraje.

**Artículo 5: Cancelación:** Este acuerdo puede cancelarse mediante notificación por escrito entregada al médico dentro del plazo de treinta (30) días desde la fecha de su firma. El propósito de este acuerdo es que sea pertinente para todos los servicios médicos prestados en todo momento por cualquier enfermedad.

**Artículo 6: Vigencia Retroactiva:** Si el paciente pretende que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de emergencia), el paciente deberá escribir sus iniciales a continuación:

Entra en vigencia en la fecha en que se prestaron los servicios médicos iniciales.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

Si alguna de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje se considera inválida o imposible de hacer cumplir, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este acuerdo de arbitraje. Al firmar al pie de la página acuso recibo de dicha copia.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A QUE TODO ASUNTO RELACIONADO CON MALA PRAXIS MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO O ANTE UN JUEZ. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

**PARA SU REVISIÓN SÓLO FIRMAR EL ORIGINAL EN LA OFICINA**

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico, Grupo Médico o Nombre de la Asociación en letras mayúsculas o Sello

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letras mayúsculas

\_\_\_\_\_  
(o Nombre del Representante del Paciente, en letras mayúsculas y su relación con el mismo)

Debe entregarse al paciente una copia firmada de este documento. El original queda archivado en el historial médico del paciente.

**HOAG SALUD INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN:**

Esta práctica está participando en Hoag intercambio de información médica (HIE), un sistema electrónico a través del cual él y otros proveedores de atención médica de participación puede compartir la información del paciente de acuerdo a las normas nacionales reconocidas y de conformidad con las leyes federales y estatales que protegen su privacidad. A través de la HIE, sus proveedores participantes serán capaces de acceder a la información acerca de usted que es necesario para su tratamiento, a menos que usted decide tener su información retenida de la HIE al optar personalmente de la participación.

Si decide optar por el HIE (es decir, si usted cree que su información médica no debe ser compartida a través de la HIE), vamos a seguir para usar su información médica de acuerdo con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y la ley, pero no se pondrá a disposición de otros a través de la HIE. Para optar por la HIE, por favor, informar a nuestro personal de recepción y que le proporcionará un formulario para llenar. O usted puede contactar al Director Hoag de Intercambio de Información de la Salud por escrito a uno Hoag Drive, Newport Beach, CA 92663, o por teléfono al 949-764-8722.