



prosthetics • orthotics

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefono (residencia): \_\_\_\_\_ Telefono (empleo): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino / Femenino Estado Matrimonial: Casado/Soltero/Otro Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/esposa: \_\_\_\_\_ Telefono (empleo): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN 2 – PERSONA RESPONSIBLE (PADRE, MADRE, GUARDIÁN):**

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: Esposo/Padre/Madre/Guardián ó otro (explique relación) \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN 3 – CONTACTO DE EMERGENCIA:**

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

Telefono (empleo): \_\_\_\_\_ Telefono (residencia): \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN MÉDICA:**

Diagnosis: \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_\_

Cuando/Como ocurrió lesión: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Médico que lo refirió aquí: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Es diabético? Si / No Médico de diabétes: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de amputación (si aplica): \_\_\_\_\_ Nivel de amputación: \_\_\_\_\_ Lado: Derecho/ Izquierdo /Bil

#### **SECCIÓN 5 – Información de Compañía De Seguro:**

Está la lesión relacionada con un accidente de trabajo? Si / No Fecha de lesión: \_\_\_\_\_

Está la lesión relacionada con accidente de carro o en la casa? Si / No

Fecha de lesión: \_\_\_\_\_ Estado en que ocurrió: \_\_\_\_\_

Contacto en compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Seguro Principal: \_\_\_\_\_ Seguro Adicional: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Asegurador: \_\_\_\_\_

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

SSN de Asegurado: \_\_\_\_\_ SSN de Asegurado: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Case Mgr: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Case Mgr: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relación entre paciente y asegurado: \_\_\_\_\_ Relación entre paciente y asegurado: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN

### Autorización para compañía de seguro:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho a la compañía Ortho Pro Associates, Inc., en nombre mío, por cualquier servicio prestado a mi. Autorizo a cualquiera que tenga información médica o de otro tipo mía a presentar a Medicare y sus agents, cualquier compañía de seguro, o terceros, agencias de asistencia médica estatales, o cualquier otra compañía de pago del gobierno o privada responsable del pago de dichos beneficios, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios por servicios prestados. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos no cubiertos por un tercero. Autorizo que una copia de la presente sea usada en vez del original.

### ACUERDOS FINANCIEROS Y SEGURO MÉDICO:

Nosotros estamos comprometidos a proporcionarle el mayor cuidado posible. Si usted tienen seguro medico, deseamos ayudarlo a recibir el máximo de los beneficios permitidos. Para poder lograr esta meta, necesitamos que usted entienda nuestra política de pago. El pago por nuestro servicios debe ser hecho en el momento en que prestamos nuestros servicios. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, Mastercard, American Express o Visa. Nosotros le procesaremos su forma de reclamación de seguro. En la mayoría de los casos aceptamos la asignación de beneficios de seguro. Cheques que son devueltos o balances de más de 30 días pueden ser sujetos a gastos de cobro adicionales y gastos de intereses de 1 ½% mensual. Nosotros con gusto discutiremos el tratamiento propuesto para usted y contestaremos cualquier pregunta relacionada con su seguro. Usted debe tener en cuenta lo siguiente:

- 1- SU SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED, SU LUGAR DE EMPLEO, Y SU COMPAÑÍA DE SEGURO. NOSOTROS NO SOMOS PARTE DE ESE CONTRATO.
- 2- NUESTROS HONORARIOS SON GENERALMENTE CONSIDERADOS COMO ACEPTABLES POR LA MAYORÍA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO, Y POR LO TANTO, ESTÁN CUBIERTOS HASTA EL MÁXIMO DETERMINADO POR CADA COMPAÑÍA. ESTO APLICA SOLAMENTE A COMPAÑÍAS QUE PAGAN UN PORCENTAJE (COMO EL 50% O EL 80%), DE LAS CANTIDADES HABITUALES. POR LO TANTO, NUESTROS HONORARIOS SON CONSIDERADOS HABITUALES Y RAZONABLES POR LA MAYORÍA DE LAS COMPAÑÍAS. ESTO NO APLICA A COMPAÑÍAS QUE REEMBOLSAN BASADAS EN UN PROGRAMA DE HONORARIOS ARBITRARIO QUE NO TIENE EN CUENTA LAS NORMAS ACTUALES Y LOS GASTOS DE TRATAMIENTO EN ESTA ÁREA.
- 3- NO TODOS LOS SERVICIOS ESTÁN CONSIDERADOS COMO BENEFICIOS CUBIERTOS EN TODOS LOS CONTRATOS. ALGUNAS COMPAÑÍAS DE SEGURO ARBITRARIAMENTE DETERMINAN ALGUNOS SERVICIOS QUE NO VAN A SER CUBIERTOS.

**DEBEMOS RECALCAR QUE COMO PROVEEDORES DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS, NUESTRA RELACION ES CON USTED, NO CON SU COMPAÑÍA DE SEGURO. EL PROCESAMIENTO DE LAS RECLAMACIONES A LA COMPAÑÍA DE SEGURO ES UNA CORTESÍA QUE EXTENDEMOS A NUESTROS PACIENTES, PERO, TODOS LOS GASTOS SON SU RESPONSABILIDAD DESDE LA FECHA EN QUE LOS SERVICIOS SON PORPORCIONADOS. LOS DEDUCIBLES O CO-PAGOS DEBERÁN SER PAGADOS EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE LA PRUEBA FINAL DE SU ÓRTESIS O PRÓTESIS. SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA ACERCA DE ESTA INFORMACIÓN, O CUALQUIER DUDA CON RELACIÓN A SU COBERTURA DE SEGURO, POR FAVOR NO DEJE DE PREGUNTARNOS. ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLO.**

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\*PACIENTES DE MEDICARE:

YO CERTIFICO QUE RECIBI LAS REGULACIONES DE MEDICARE POR ESCRITO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE!!**

Medicare, Medicaid, y compañías de seguro privadas tienen directivas específicas con relación a la provisión de múltiples órtesis y prótesis igual o similar proporcionada a un paciente dentro de un período específico de tiempo, sin tener en cuenta quien provee al paciente, no será pagada, pues puede ser determinada no necesaria médicamente.

Por razón de dichas directivas, es importante para nosotros el que usted nos informe de su historia médica con relación a sus órtesis y prótesis anteriores. Generalmente, las órtesis son diseñadas para sostener una parte débil o lesionada del cuerpo, y pueden incluir tales como órtesis para la columna vertebral (ya sean hechas a la medida o pre-fabricadas), TLSO, LSO, fajas, órtesis para las extremidades superiores o inferiores (hechas a la orden o pre-fabricadas), AFO, KAFO, HKAFO, bota CAM, zapatos o plantillas diabéticos, órtesis de fractura, y ortesis o soportes de rodilla.

Por favor tome un momento para pensar sobre su historia médica con relación a las órtesis y prótesis. Esta información es importante para nosotros para ayudarle a usted a hacer decisiones informadas sobre cualquier órtesis o prótesis proporcionada a usted ahora, y cual va a ser su responsabilidad financiera..

1) Ha recibido usted alguna órtesis o prótesis en los cinco años anteriores?  
\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

2) Si usted ha recibido alguna, por favor déjenos saber la fecha y brevemente descríbala.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Órtesis o Prótesis recibida

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Órtesis o Prótesis recibida

**Yo he leído la información anterior, y entiendo el contenido de la misma. Yo entiendo que si yo he recibido órtesis o prótesis anteriormente, mi cobertura de seguro (Medicare, Medicaid, o seguro privado) puede negar el pago, y yo puedo ser responsable por el pago de las órtesis o prótesis recibidas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



# NORMAS DE PRIVACIDAD DE AVISO DE ORTHO PRO ASSOCIATES, INC.

**Este Aviso describe las maneras en que podemos usar y revelar información sobre su salud y la manera en que Usted puede obtener acceso a dicha información. Le rogamos que lo lea cuidadosamente.**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor comuníquese con su Oficial de Privacidad, Ana L. Estevez, (305)598-9688

## **NUESTRO COMPROMISO A MANTENER SU PRIVACIDAD**

Entendemos que cualquier información relacionada con usted y su salud es muy personal y nos comprometemos a proteger la privacidad de dicha información. Cada vez que Usted visite una de las sucursales de Ortho Pro Associates, Inc., se abre un expediente de la atención y los servicios que Usted recibe. Este expediente es necesario a fin de proporcionarle atención de alta calidad y asegurarle nuestro cumplimiento de ciertos requisitos legales. Este Aviso corresponde a todos los expedientes relacionados con la atención que Usted ha recibido en cualquiera de las sucursales de Ortho Pro Associates, Inc.

Este Aviso describe las formas en que podemos usar y revelar su información médica. Reservamos el derecho de cambiar las condiciones de este Aviso en cualquier momento. Cualquier enmienda a este Aviso abarcará toda la información médica que tengamos sobre Usted, al igual que cualquier información médica que podamos recibir, producir o mantener en el futuro. Una copia del Aviso más actual se colocará en sitios asignados en cada una de nuestras instalaciones, al igual que en nuestra página en el Web ([www.orthoproassociates.com](http://www.orthoproassociates.com)). Una copia del Aviso más actual estará disponible en el área de registración del paciente en cada una de nuestras sucursales.

## **MANERAS EN QUE PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACION SOBRE SU SALUD**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos la información sobre su salud y revelamos dicha información a personas y entidades fuera de Ortho Pro Associates, Inc. Cada descripción corresponde a una categoría de los usos y las formas de revelar esta información. No hemos listado cada uso o manera de revelar esta información por puntos, pero todas las formas en que se permite usar y revelar esta información se pueden encontrar en una de las siguientes categorías.

**Tratamiento:** Podemos usar información sobre su salud a fin de proporcionarle servicios y tratamientos de Ortesis y Protésis.

**Pago:** Podemos usar y revelar información sobre su salud con fines de facturar y recibir sus pagos, una compañía de seguro o una tercera entidad por los servicios y el tratamiento recibidos. También podemos revelar información sobre su salud con fines de obtener autorización previa de su compañía de seguro para el tratamiento y los procedimientos médicos que Usted necesite.

**Actividades Relacionadas con el Cuidado de su Salud:** Podemos usar y revelar información sobre su salud para llevar a cabo otras actividades como las relacionadas con la garantía de calidad; para otorgar credenciales de médicos que desean formar parte de nuestro Cuerpo Médico; para llevar a cabo funciones administrativas, incluyendo el planeamiento y desarrollo de negocios y finanzas de Ortho Pro Associates, Inc.; para llevar a cabo actividades relacionadas con servicios al cliente, incluyendo investigaciones de quejas, y para ciertas actividades de mercadeo y recaudación de fondos. Estos usos y revelaciones son necesarios para que Ortho Pro Associates, Inc. asegure que nuestros pacientes reciban atención de calidad.

**Tratamientos Alternativos:** Podemos usar dicha información si es necesario para ofrecerle a Usted como paciente información de tratamientos alternativos ó beneficios relacionados con su salud y servicios que pudieran interesarle.

**Recordatorios de Citas:** Podemos usar la información sobre su salud para comunicarnos con Usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en Ortho Pro Associates, Inc..

**Investigaciones que no Requieren Tratamiento:** Cuando una investigación no requiere tratamiento, podemos revelar información sobre su salud a las personas involucradas en dicha investigación una vez que la junta Examinadora de la Institución haya examinado la propuesta de dicha investigación, haya establecido los protocolos adecuados para asegurar la privacidad de la información de su salud y haya aprobado la investigación.

**Productos o Servicios de Salud:** Podemos darle información de productos y servicios que puedan interesarle.

**Individuos Involucrados en su Atención o en el Pago:** Podemos revelar información sobre su salud a un amigo o familiar que este involucrado en la atención médica que Usted recibe, al menos que Usted nos informe de antemano que no lo desea. También podemos revelar información sobre su salud a entidades dedicadas a asistir en caso de desastres para poder notificar a su familia sobre su estado y localidad.

## **SITUACIONES ESPECIALES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACION**

La ley permite revelar información sobre su salud sin su previa autorización oral o por escrito en los siguientes casos:

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información sobre su salud según ordenan las autoridades militares.

**Compensación a Trabajadores:** Podemos revelar información sobre su salud a programas de compensación de trabajadores o programas similares cuando Usted se lesiona en el trabajo. Estos programas proporcionan beneficios a personas que son lesionados en el trabajo.

**Para Evitar una Amenaza Seria a su Salud o Seguridad:** Podemos usar o revelar informacion sobre su salud cuando es necesario con fines de evitar una amenaza seria a su salud o seguridad, o la seguridad de otra persona o del publico. Esta informacion solamente se puede revelar a la persona que este capacitada de evitar esta amenaza.

**Actividades de Salud Publica:** Podemos revelar informacion sobre su salud para actividades relacionadas con la salud publica. Por lo general este tipo de actividad incluye:

\*la prevencion o el control de enfermedades, lesiones o incapacidades

\*para reportar abuso o negligencia a menores

\*para reportar reacciones secundarias medicamentos, problemas con productos y otras situaciones desfavorables

\*para notificar a personas sobre productos que hayan sido descontinuados

\*para notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad o este en riesgo de contagiarse o contagiar a otros con una enfermedad o un problema de salud.

\*para notificar a las autoridades gubernamentales adecuadas si estimamos que un paciente ha sido victima de abuso (incluyendo abuso a un menor), negligencia o violencia domestica. Solamente revelaremos esta informacion si usted esta de acuerdo o cuando asi lo manda o autoriza la ley.

**Actividades de Supervision:** Podemos revelar informacion de su salud a agencias autorizadas por la ley dedicadas a supervisar actividades relacionadas con la salud. Estas actividades incluyen auditorias, investigaciones, inspecciones y licenciaturas. Estas actividades son necesarias para que el gobierno inspeccione el sistema de salud, los programas ofrecidos por el gobeirno y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Pleitos judiciales y disputas:** Si usted esta involucrado en un pleito judicial o debate, podemos revelar informacion sobre su salud en cumplimiento de una orden judicial o administrativa. Podemos revelar informacion sobre su salud en cumplimiento de una citacion judicial, demanda de revelacion y ortros procedimientos legales hechos por otra persona que tambien este involucrada en el pleito.

**Funcionarios Legales:** Podemos revelar informacion de salud a peticion de oficiales y funcionarios legales por las siguientes razones.

\*En clumplimiento de una orden de la corte, orden judicial, orden de detencion, citacion, otros procesos similares

\*Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o una persona desaparecida.

\*En relacion con la victima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener el acuerdo de dicha persona.

\*En relacion con un crimen cometido en una de nuestras sucursales.

\*En casos de emergencia para reportar un crimen, el lugar donde fue cometido o el lugar donde se encuentran las victimas;o la identidad, descripcion o localidad de la persona que cometio el crimen.

**Medico Forense, Investigadores de Homicidios y Directores de Funerarias:** Podemos revelar informacion sobre su salud a investigadores de homicidios o medicos forenses a fin de indentificar el difunto o determinar la causa de la muerte de una persona. Tambien podemos revelar informacion de salud de nuestros pacientes a directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus deberes. Actividades de Inteligencia o Seguridad Nacional- Podemos revelar informacion sobre su salud a oficiales federales involucrados en actividades de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional autorizados por la ley.

**Presos:** Si usted esta preso en un presidio o bajo la custodia de las autoridades, podemos revelar informacion sobre su salud al presidio o al funcionario oficial. Esto es necesario para su seguridad y la seguridad del presidio.

Mandatos Legales: Revelaremos informacion sobre su salud sin permiso suyo cuando asi lo ordene la ley federal, estatal o local.

### **CON SU "AUTORIZACION" ESPECIFICA POR ESCRITO**

Cualquier otro uso o revelacion de informacion relacionada con su salud que no abarque este Aviso o las leyes pertinentes a nosotros se hara solamente con su permiso por escrito ("autorizacion"). Si usted nos autoriza a usar o revelar inforamcion sobre su salud, usted puede revocar esa autorizacion por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorizacion, no podremos usar o revelar informacion sobre su salud por los motivos abarcados en la autorizacion que usted dio por escrito. Usted entiende que no podemos retractar la informacion que ya hemos revelado con su autorizacion y que estamos obligados a retener nuestros expedientes de la atencion que le hemos proporcionado.

### **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACION DE SU SALUD**

Aunque su expediente es propiedad de Ortho Pro Associates, Inc. o de la sucursal que la creo, la informacion le pertenece a Usted. Usted tiene ciertos derechos con respecto a su informacion segun se describe a continuacion. Si usted desea ejercer sus derechos, puede completar los formulario adecuados que puede obtener en nuestras oficinas.

**1-Derecho de solicitar una restriccion en ciertos usos y maneras de revelar su informacion.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la informacion medica que usamos y/o revelamos relacionada con el tratamiento, pago o actividades relacionadas con el cuidado de su salud. Usted tambien tiene derecho a pedir que limitemos la informacion que revelamos de Usted a alguien que este involucrado en su atencion o en el pago por su atencion. Por ejemplo,Usted puede pedir que no revelemos informacion acerca de un procedimiento al que Usted se haya sometido o vaya a someterse. No estamos obligados a acceder a la solicitud suya. Sin embargo, si accedemos, actuaremos de acuerdo con su solicitud, siempre y cuando la informacion no sea necesaria para proporcionarle atencion de emergencia. Su solicitud tiene que estar hecha por escrito, segun explicamos anteriormente y tiene que incluir una descripcion de la informacion que Usted desea limitar; si desea limitar el uso, la revelacion, o ambos, y a quien desea que se le apliquen las limitaciones.

**2-Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con Usted sobre temas de salud en cierta manera o en ciertas localidades. Por ejemplo, Usted puede solicitar que limitemos nuestras comunicaciones con Usted a su trabajo o a su hogar. Su solicitud tiene que estar hecha por escrito, como explicamos anteriormente, y tiene que especificar la manera o localidad en que Usted desea que nos comuniquemos con Usted. Accederemos a todas las solicitudes que sean razonables.

**3-Derecho a inspeccionar y/o solicitar una copia de su expediente medico.** Usted tiene derecho a inspeccionar y/o recibir una copia de cualquier informacion medica que mantengamos de Usted que pueda usarse para llegar a desiciones relacionadas con la atencion que Usted recibe. Generalmente esto incluye los expedientes medicos y de facturacion; pero no incluye anotaciones de sicoterapia. A fin de inspeccionar y/o recibir una copia de su informacion medica, Usted tiene que someter una solicitud por escrito a Ortho Pro Associates, Inc. Se le cobraran honorarios razonables por este servicio basados en nuestros costos. En circunstancias muy limitadas, podemos negarnos a acceder a la solicitud suya de inspeccionar o recibir copia de su informacion. Si nos negamos a acceder a su solicitud, en ciertos casos usted puede pedir una reexaminacion de nuestra decision. Estas reexaminaciones las lleva a cabo un profesional independiente autorizado para reexaminar temas relacionados con cuidados de salud, quien es seleccionado por el Oficial de Privacidad. Nosotros actuamos de acuerdo con el resultado de dicha reexaminacion.

**4-Derecho a solicitar una enmienda a su expediente medico.** Si Usted estima que la informacion que mantenemos de Usted es incorrecta o incompleta, Usted puede pedir que se enmiende dicha informacion. La solicitud de enmienda tiene que ser presentada por escrito, como explicamos anteriormente, especificando la informacion que desea enmendar y explicando el motivo por el cual desea que se lleve a cabo la enmienda. Si la solicitud no se hace por escrito o no incluye el motivo, le sera negada. Tambien podemos negar la solicitud si Usted desea enmendar informacion que:

\*Esta correcta y completa

\*No forma parte de la informacion que usted esta autorizado a inspeccionar o de la que esta autorizado a recibir copia.

\*No forma parte de la informacion medica mantenida por Ortho Pro Associates, Inc.

\*No fue creada por nosotros, a menos que el individuo o la organizacion que la creo no este disponible para hacer la enmienda.

**5-Derecho a obtener una relacion de las revelaciones que se han hecho sobre la informacion de su salud.** Usted tiene derecho a solicitar una relacion o lista de cualquier revelacion de informacion sobre su salud hecha por Ortho Pro Associates, Inc. que no sea una de aquellas permitidas u ordenadas por la ley o autorizadas por Usted. Usted tiene que presentar esta solicitud por escrito segun explicamos anteriormente. La solicitud tiene que incluir el periodo de tiempo que abarca esta solicitud, el cual no puede exceder seis anos o incluir fechas anteriores a abril 14, 2012. Se cobraran honorarios de acuerdo con lo que permite la ley.

**6-Derecho a obtener copia de este Aviso.** Colocaremos la copia mas reciente de este Aviso en todas nuestras sucursales y en nuestro sitio en el Web ([www.orthoproassociates.com](http://www.orthoproassociates.com)). Una copia del Aviso mas reciente tambien estara disponible en el area de registracion de cada una de nuestras sucursales.

## **QUEJAS O PREOCUPACIONES**

Usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad si tiene una pregunta sobre este Aviso o sus derechos a privacidad. Tambien puede comunicarse con el Oficial de Privacidad si tiene una queja o le preocupa que sus derechos hayan sido violados. Tambien puede escribirle al Secretario de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services).



## Reconocimiento De Recibo De Notificacion De Guias De Privacidad

Yo certifico que he recibido una copia de las Guías de Privacidad de **ORTHO PRO ASSOCIATES, INC.'s** La notificación de Guías de privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud que pueden ocurrir en mi tratamiento, pago de mis cuentas, o en la realización de las operaciones de **ORTHO PRO ASSOCIATES, INC.'s**. La notificación de Guías de privacidad también describe mis derechos y las obligaciones de **ORTHO PRO ASSOCIATES, INC.'s** con respecto a mi información de salud. La notificación de Guías de privacidad se encuentra en la sala de espera.

**ORTHO PRO ASSOCIATES, INC.** se reserva el derecho de cambiar las Guías de privacidad que están descritas en la notificación de Guías de privacidad. Yo puedo obtener una notificación de Guías de privacidad modificada llamando a la oficina y solicitando que una coia modificada me sea enviada por correo, o puedo pedirla en el momento de mi próxima cita .

---

Firma del paciente o representante personal

---

Nombre del paciente o representante personal

---

Fecha

---

Descripción de la autoridad del representante personal