



THE VAZ CLINIC, PA.
URGENT CARE
TVC CLINICAL RESEARCH

Mon - Fri. & Holidays 8 a.m. - 8 p.m.

830-672-2424

1103 N. Sarah DeWitt Dr. • Gonzales, Tx 78629

Veteran Owned and Operated

Garth O. Vaz, M.D.

DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónica: _____

Teléfono casa: () _____ -- _____ Teléfono de trabajo: () _____ -- _____

Teléfono celular: () _____ -- _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____ -- _____ -- _____

De género: Masculino / Femenino Estado civil: () Casado () Sola () Divorciada () Viuda

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de cónyuge/Nombre de padres: (Si el paciente es menor de edad) _____

¿Referido por quien?: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: () _____ -- _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor proporcionar tarjetas de seguros y foto ID a la recepcionista

Nombre de sobrante: (Si es diferente de paciente) _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____ -- _____ -- _____

Nombre de seguro: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre de seguro de secundaria: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Certifico que la información anterior es correcta. Autorizo a The Vaz Clinic, P.A. para liberación o solicitud de información médica necesaria para seguro de salud de proceso afirma. Autorizar a pago de prestaciones del seguro médicos al The Vaz Clinic, P.A. Entiendo que será responsable por el tratamiento recibido en el momento que se prestan los servicios. Si estoy presentación de mi propio seguro, seré responsable de cualquier deducible o coaseguro debido. The Vaz Clinic, P.A. proporcionará recibos desglosados por servicio prestado para el reembolso de terceros facturación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Está relacionado con este trabajo? () Sí () No

¿Relacionados con el accidente de automóvil? () Sí () No

En caso afirmativo, ver rápidamente la recepcionista.

¿Qué quieres ser visto para hoy?

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

POR FAVOR COMPLETE A LA MEJOR DE SU CAPACIDAD

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

REGISTRO CONFIDENCIAL: La información incluida aquí no se saldrá a conocer, salvo cuando usted nos ha autorizado a hacerlo.

Sírvase indicar brevemente sus problemas que han llevado a la oficina del médico:

INFORMACIÓN PERSONAL

Estado civil: () Casado () Sola () Divorciada () Viuda

Hijos: () Sí () No En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

¿Cualquier problema con sus salud y si es así, quien y que?

¿Fumar?: () Sí () No En caso afirmativo, ¿como muchos paquetes por día? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Alcohol?: () Sí () No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Uso de drogas ilícitas?: () Sí () No En caso afirmativo, () En marcha () Uso en el pasado

¿Qué sustancia(s)?: _____

¿Tienes alguna de estas condiciones o cualquier otro problema que desea que el médico a conocer?

() Problemas con Visión

() Problemas con Audición

() Hemorroides

() Problemas con Masticación o Deglución

() Soplo de Corazón

() Dolor en el Pecho

() Dificultad para respirar: Asma/Enfisema

() Orinar en la noche

() Corazón Omitiendo ()

Hinchazón de Pies o Manos

() Corazón latiendo rápido

() Dolor al Orinar

() Prolapso de Válvula Mitral

() Colesterol Elevado

() Migrañas

() Otros: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Quirúrgica

<i>Cirugías:</i>	<i>Fecha:</i>	<i>Cirugías:</i>	<i>Fecha:</i>
<input type="checkbox"/> Amígdalas	_____	<input type="checkbox"/> Corazón	_____
<input type="checkbox"/> Hernia	_____	<input type="checkbox"/> Huesos Rotos	_____
<input type="checkbox"/> Adenoides	_____	<input type="checkbox"/> Vesícula Biliar	_____
<input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla	_____	<input type="checkbox"/> Histerectomía	_____
<input type="checkbox"/> Vena Desnudándose	_____	<input type="checkbox"/> Cesárea	_____
<input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera	_____	<input type="checkbox"/> Ovarios	_____
<input type="checkbox"/> Vejiga Urinaria	_____	<input type="checkbox"/> Tubal Ligation	_____
<input type="checkbox"/> Pulmones	_____	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	_____
<input type="checkbox"/> Estómago o Intestinos	_____	<input type="checkbox"/> Apéndice	_____
<input type="checkbox"/> Hemorroides	_____		

Historia Médico

(¿Ha tenido alguno de los siguientes?)

<i>Fecha:</i>	<i>Fecha:</i>	<i>Fecha:</i>
<input type="checkbox"/> Neumonía _____	<input type="checkbox"/> Migrañas _____	<input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión _____	<input type="checkbox"/> Reflujo Ácido _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hígado _____
<input type="checkbox"/> Trazo _____	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Riñón _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratorias _____
<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica _____	<input type="checkbox"/> Gota _____	<input type="checkbox"/> Pólipos de colon _____
<input type="checkbox"/> Ictericia _____	<input type="checkbox"/> Diverticulitis _____	<input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria del Intestino _____

Historia Familia

(Por favor revise las que se aplican e identificar qué miembro de la familia)

(P) Padre, (M) Madre, (Ho) Hermano, (Ha) Hermana, (AOM) Abuelo Materno, (AOP) Abuelo Paterno,
(AAM) Abuela Materna, (AAP) Abuela Paterna

<input type="checkbox"/> Hipertensión _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Riñón _____	<input type="checkbox"/> Artritis _____	<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria del Intestino _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Corazón _____	<input type="checkbox"/> Cálculos Biliares _____	<input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroides _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hígado _____	<input type="checkbox"/> Gota _____
<input type="checkbox"/> Leucemia _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn _____
<input type="checkbox"/> Ataque del Corazón _____	<input type="checkbox"/> Epilepsia _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Bocio _____	<input type="checkbox"/> Pólipos de Colon _____	
<input type="checkbox"/> Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> Migrañas _____	
<input type="checkbox"/> Trazo _____	<input type="checkbox"/> Enfisema _____	

Vacunas Actuales

<i>Fecha:</i>	<i>Fecha:</i>	<i>Fecha:</i>
<input type="checkbox"/> TD/Tdap _____	<input type="checkbox"/> SPR _____	<input type="checkbox"/> Neumonía _____
<input type="checkbox"/> HEP B _____	<input type="checkbox"/> HPV _____	<input type="checkbox"/> Varicela _____
<input type="checkbox"/> HEP A _____	<input type="checkbox"/> Meningitis _____	<input type="checkbox"/> Gripe _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos

(Lista de todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo los de venta libre, la prescripción y dosificación)

Aspirina: _____ Tylenol: _____ Hormonas/ Control de la natalidad: _____

Medicamentos Artritis: _____ Presión Arterial: _____

Antiácidos: _____ *(Incluyendo; Tums, Roloids, Alka-Seltzer, Maalox, Mylanta, Riopan, Digel, Aamphojel, Alternagel, or Gaviscon)*

Otros: _____

Alergias

¿Eres alérgica a algún medicamento? () Sí () No En caso afirmativo, indique por favor:

¿Otras alergias sin medicamentos? () Sí () No En caso afirmativo, indique por favor:



Asociado Médico Consentimiento por Tratamiento

Esta instalación cuenta con un asociado médico en el personal para ayudar en la prestación de la atención médica.

Un asociado médico no es un médico. Un asociado médico es un graduado de un programa de capacitación certificada y está autorizada por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asociado médico puede diagnosticar, tratar, y monitorear agudas enfermedades común y enfermedades crónicas, así como proporcionar atención de mantenimiento de salud.

“Supervisión” no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien la supervisión de las actividades de y aceptar la responsabilidad por el servicio médico proporcionado.

Un asociado médico puede proporcionar servicios médicos que se encuentran dentro de su / sus educación, formación, y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtención de las historias y la realización de exámenes físicos
- Pedidos y / o la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formulación de un diagnóstico de trabajo
- Desarrollo e implementación un plan de tratamiento
- Seguimiento de la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Ayudar con cirugía
- Ofrecimiento de asesoramiento y educación
- Proporcionar las muestras medicamentos y escribiendo recetas (donde sea permitido por la ley)
- Hacer referencias apropiadas

He leído lo anterior y entiendo que, de vez en cuando, Se me puede preguntó para ver un ayudante del médico pero no estarán obligados a hacerlo. Entiendo que, en cualquier momento, Puedo negarme a ver el asociado médico y la solicitud para ver a un médico. Sin embargo, Entiendo que si elijo NO para ver un asociado médico, No voy a ser capaz de programar mi cita hasta que el médico es disponible.

Nombre del Paciente: (Manuscrito)

Fecha:

Firma del Paciente:

Testigo: (Si procede)



THE VAZ CLINIC, PA.
URGENT CARE
TVC CLINICAL RESEARCH

Mon - Fri. & Holidays 8 a.m. - 8 p.m.

830-672 -2424

1103 N. Sarah DeWitt Dr. - Gonzales, Tx 78629

Veteran Owned and Operated

Garth O. Vaz, M.D.

**LA OFICINA MÉDICA DE
THE VAZ CLINIC, P.A.
AVISO DE PRÁCTICAS PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y
COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (la "Notificación") le informa acerca de las maneras en que podemos usar y divulgar su información protegida de salud ("información médica") y sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica. Este Aviso se aplica a la Oficina Médica de The Vaz Clinic, P.A. incluyendo a sus proveedores y empleados (la "Práctica").

I. NUESTRAS OBLIGACIONES.

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica, en la medida requerida por la ley estatal y federal;
- Darle este aviso que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- Notifique a las personas afectadas a raíz de una violación de su información médica bajo la ley federal, y
- Cumplir con los términos de la versión de esta Notificación que está actualmente vigente.

II. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Las siguientes categorías describen las diferentes razones por las que normalmente usamos y revelamos información médica. Estas categorías están destinadas a ser sólo descripciones generales y no una lista de todas las instancias en las que podemos usar o divulgar su información médica. Por favor, comprenda que para estas categorías, la ley generalmente no nos exigen obtener su autorización para que podamos usar o revelar su información médica.

A. Para Tratamiento. Podemos usar y revelar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento de cuidado de salud y los servicios relacionados, incluyendo la coordinación y la gestión de su atención médica. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud y personal de que están proporcionando o involucrados en la prestación de atención de salud a usted (tanto dentro como fuera de la práctica). Por ejemplo, si su atención requiere la derivación a tratamiento o por otro médico de especialidad fuera de la práctica, podemos proporcionar que el médico con su información médica con el fin de ayudar al médico en su tratamiento de usted.

B. Para Pago. Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que nosotros facturar y cobrarle a usted, a una compañía de seguros, o de un tercero, para los servicios de atención médica que brindamos. Esto puede también incluirá la divulgación de su información médica para obtener una autorización previa para el tratamiento y los procedimientos desde su plan de seguro. Por ejemplo, podemos enviarle una reclamación de pago a su compañía de seguros, y que la reclamación puede tener un código en él que se describen los servicios que han sido prestados a usted. Sin embargo, si usted paga por un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo y solicitar que no revelemos a su plan de salud la información médica únicamente en relación a ese artículo o servicio, como se describe con más detalle en la sección IV de este Aviso, vamos a continuar seguir que a restricción en materia de divulgación menos que requerido por la ley.

C. Para Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar y administrar nuestra práctica y promover una atención de calidad. Por ejemplo, es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica con el fin de evaluar la calidad de la atención que recibe, o para realizar gestión de costes, gestión empresarial, administración, o las actividades de mejora calidad, o para proporcionar información a nuestros portadores de seguro.

D. Aseguramiento de la Calidad. Puede que necesitemos utilizar o divulgar su información médica por nuestros procesos internos para evaluar y facilitar la prestación de una atención de calidad a nuestros pacientes.

E. Revisión de Utilización. Es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica para llevar a cabo una revisión de los servicios que prestamos con el fin de verificar si este se recibe el nivel adecuado de servicios, dependiendo de la condición y diagnóstico.

F. Credenciales y Revisión de Pares. Es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica con el fin para nosotros revisar las credenciales, calificaciones y acciones de nuestros proveedores de atención médica.

G. Alternativas de Tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que creemos que pueden ser de interés para usted.

H. Recordatorios de Citas y Beneficios Relacionados con la Salud y Servicios. Podemos usar y divulgar su información médica, con el fin de ponerse en contacto con usted (incluyendo, por ejemplo, poner en contacto con usted por teléfono y dejar un mensaje en un contestador automático) para recordarle sus citas y otra información. Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios relacionados con la salud o servicios que creemos que pueden ser de interés para usted.

I. Asociados Comerciales. Hay algunos servicios (como la facturación o servicios jurídicos) que pueden ser provistos para o en nombre de nuestra práctica a través de contratos con socios comerciales. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Para proteger su información médica, sin embargo, requerimos que el socio de negocios para salvaguardar apropiadamente su información.

J. Personas Involucradas en Su Cuidado o Pago de Su Cuidado. Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o un miembro de la familia que esté involucrado en su atención médica, así como a alguien que ayude a pagar por su cuidado, pero vamos a hacerlo sólo según lo permitido por la ley estatal o federal (con la oportunidad para que usted de acuerdo o se opone cuando necesario en virtud la ley), o de acuerdo con su autorización previa.

K. Según lo Requerido por la Ley. Daremos a conocer información médica acerca de usted cuando sea requerido para ello por la ley federal, estatal o locales o las regulaciones.

L. Para Evitar una Amenaza inminente de Daños a Salud o Seguridad. Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud física, mental o emocional o la seguridad física de otra persona. Tal divulgación sólo sería a el personal médico o de orden público.

M. Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar y divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos oa un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órgano o tejido y transplante.

N. Investigaciones. Podemos usar o divulgar su información médica para fines de investigación en ciertas situaciones. La ley de Texas nos permite divulgar su información médica sin su autorización por escrito a personal calificado para investigación, pero el personal no puede, directa o indirectamente, identificar a un paciente en cualquier informe de la investigación o lo contrario revelar la identidad en cualquier manera. Además, un proceso de aprobación especial se utilizará para fines de investigación, cuando sea requerido por la ley estatal o federal. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información a una Junta de Revisión Institucional o otro autorizado junta de privacidad obtener una dispensa de autorización bajo HIPAA. Además, podemos usar o divulgar su información médica para fines de investigación si su autorización se ha obtenido cuando sea requerido por la ley, o si la información que proporcionamos a los investigadores es "de-identificado".

O. Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares apropiadas.

P. Compensación a los Trabajadores. Podemos revelar información médica acerca de usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si usted tiene lesiones que resultaron de su empleo, el seguro de compensación o un estado obrero de los trabajadores del programa de compensación pueden ser responsables por el pago de su cuidado, en cuyo caso podríamos ser obligados a proporcionar información a la aseguradora o programa.

Q. Riesgos para Salud Pública. Podemos revelar información médica acerca de usted a las autoridades de salud pública para actividades de salud pública. Como regla general, estamos obligados por ley a revelar cierto tipos de información a las autoridades de salud de pública, tales como el Texas Departamento de Servicios Salud. Los tipos de información incluyen generalmente información utilizada:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades (incluyendo la notificación de un enfermedad particular o lesión
- Para reportar nacimientos y muertes.
- Para reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil.
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con dispositivos médicos y suministros.
- Para notificar a personas sobre retiros de productos que puedan estar usando.
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

- Para proporcionar información sobre ciertos dispositivos médicos.
- Para ayudar en las investigaciones de salud pública, la vigilancia, o intervenciones.

R. Actividades de Vigilancia de Salud. Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales y procedimientos, inspecciones, acciones de licenciamiento y disciplinarias, y otras actividades necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención salud, ciertos programas de beneficios gubernamentales, ciertas entidades sujetas a las regulaciones gubernamentales que se refieren a la información de salud, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

S. Asuntos Legales. Si usted está involucrado en un pleito o una disputa legal, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. Además de pleitos, puede haber otros procedimientos legales para que podamos ser requerido o autorizado para usar o divulgar su información médica, como las investigaciones de los proveedores de atención salud, audiencias de competencia para individuos, o reclamos encima el pago de honorarios por servicios médicos.

T. Aplicación de la Ley, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. En ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica si nos pide que lo indique expresamente el los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, o si estamos obligados por ley a hacerlo. Podemos revelar su información médica a las fuerzas de la ley, si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su física, mental o salud emocional o seguridad o la seguridad física de otra persona. Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

U. Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Casa Funerarias. Podemos revelar su información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica acerca de nuestros pacientes a Directores de Casa Funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

V. Presos. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica al personal de atención de salud de una institución correccional, según sea necesario para que la institución le proporcionará con tratamiento de cuidado de salud.

W. Comercialización de Servicios Relacionados a Salud. Podemos usar o divulgar su información médica para enviarle tratamiento o las comunicaciones de operaciones de atención médica en relación con las alternativas de tratamiento u otros productos o servicios relacionados con la salud. Podemos ofrecerle este tipo de comunicaciones cuando casos en que recibimos una remuneración financiera de un tercero a cambio de hacer la comunicación sólo con su autorización a menos que la comunicación: (i) se hace cara-a-cara para la práctica a usted, (ii) consta de un regalo promocional de valor nominal proporcionada por la Práctica, o (iii) es otro modo permitido por la ley. Si la comunicación de marketing implica remuneración económica y se requiere una autorización, la autorización debe indicar que dicha remuneración está involucrado. Además, si lo utilizamos o revelamos información a enviar una comunicación de marketing por escrito (según lo definido por la ley de Texas) a través del correo, la comunicación debe ser enviada en un sobre que muestra sólo el nombre y las direcciones del remitente y el destinatario y el mosto (i) declarar el nombre y número de teléfono gratuito de la entidad que envía la comunicación de mercado; y (ii) explicar los derechos del destinatario a tener el nombre del destinatario eliminado por la lista de correo del remitente.

X. Recaudación de Fondos. Podemos usar o divulgar ciertas cantidades limitadas de su información médica para enviarle materiales de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir tal comunicaciones de recaudación de fondos. Tal materiales de recaudación de fondos que le envíen tendrán instrucciones claras y evidentes sobre cómo usted puede optar por no recibir este tipo de comunicaciones en el futuro.

Y. Divulgaciones Electrónicas de Información Médica. Bajo la ley de Texas, estamos obligados a dar aviso a usted si su información médica es sujeta a divulgación electrónica. Este Aviso sirve como aviso general que podemos revelar su información médica electrónicamente para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica o según lo contrario lo autorizado o requerido por la ley estatal o federal.

III. OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

A. Autorizaciones. Hay momentos en los que podemos necesitar o quieren usar o divulgar su información médica por razones distintas de las enumeradas anteriormente, pero para ello necesitaremos su autorización anterior. Aparte de los aquí expresamente previstos, cualquier otro uso o divulgación de su información médica requieren su autorización específica por escrito.

B. Notas de Psicoterapia, Mercadeo y Venta de Información Médica. La mayoría de los usos y revelaciones de "notas de psicoterapia," usos y divulgaciones de la información médica para fines de marketing, y las revelaciones que constituyen una "venta de información médica" bajo HIPAA requieren su autorización.

C. Derecho a Revocar Autorización. Si usted nos proporciona una autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para los otros fines, usted puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no podremos utilizar o divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar cualquier uso o revelación que ya hayamos hecho en confianza de su autorización, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado a usted.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA USTED.

Las leyes federales y estatales le proporcionan ciertos derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted. El siguiente es un resumen de esos derechos.

A. Derecho a Inspeccionar y Copiar. Bajo la mayoría de circunstancias, usted tiene el derecho de inspeccionar y/o copiar su información médica que tenemos en nuestro poder, que por lo general incluye registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y copiar su información médica, usted debe presentar su solicitud en por escrito a the el Funcionario HIPAA por la Práctica a la dirección indicada en la Sección VI abajo.

Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío, o ciertos suministros relacionados con su solicitud. La cuota podemos cobrar será que la cantidad permitida por la ley estatal

Si su información médica solicitada se mantiene en un formato electrónico (por ejemplo, como parte de un registro médico electrónico, registro de facturación electrónica, o otro grupo de registros mantenida por la práctica que se utiliza para tomar decisiones sobre usted) y usted solicita una copia electrónica de esta información, entonces nosotros le proporcionaremos con la información médica solicitada en la forma y formato solicitado electrónico, si es fácilmente producibles en esa forma y formato. Si no es fácilmente producibles en la solicitada formato electrónico y el formato, vamos a ofrecer acceso en una legible formato electrónico y un formato acordado por la práctica y usted.

En ciertas circunstancias muy limitadas permitidas por la ley, podemos negar su solicitud para revisar y copiar su información médica. Le daremos dicha denegación por escrito. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud elegido por la Práctica revisará su solicitud y la negación. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

B. Derecho a Modificar. Si siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información. Tiene el derecho de solicitar una enmienda por mientras la información sea mantenida por la Práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser por escrito y presentada al Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI abajo. En su solicitud, usted debe proporcionar una razón de por qué desea que esta enmienda. Si aceptamos su solicitud, se lo notificaremos de esta escrito.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos pide enmendar información que (i) no fue creada por nosotros (a menos que usted proporcione una base razonable para afirmar que la persona u organización que creó la información ya no está disponible para actuar sobre la enmienda solicitada), (ii) no es parte de la información mantenida por la Práctica, (iii) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (iv) es exacta y completa. Si rechazamos su solicitud, se le notificará de que la negación por escrito.

C. Derecho a una Contabilidad de Revelaciones. Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de las divulgaciones" de su información médica. Esta es una lista de las divulgaciones hemos hecho hasta seis años anteriores a la fecha de su solicitud de su información médica, pero no incluye divulgaciones para tratamiento, pago, o servicios de cuidado médico (como se describe en Secciones II A, B, y C de este Aviso) o divulgaciones efectuados de conformidad con su autorización específica (como se describe en Sección III de este Aviso), o ciertas otras revelaciones.

Si hacemos revelaciones a través de una historia clínica electrónica (EHR) sistema, usted puede tener un derecho adicional a una contabilidad de accesos para Tratamiento, Pago, o Servicios de Cuidado Médico. Por favor, contacta el Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI abajo para más información sobre si se nosotros hemos implementado un sistema de EHR y la fecha de vigencia, si cualquier, de cualquier derecho adicional a un informe de divulgaciones realizada a través de un EHR para los propósitos de Tratamiento, Pago, o Servicios de Cuidado Médico.

Para solicitar una lista de contabilidad, usted debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI abajo.

Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años (o más de tres años por Tratamiento, Pago, y Servicios de Cuidado Médico hecho a través de un EHR, si es aplicable) y no puede incluir fechas antes del Abril 14, 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o por vía electrónica). La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cobrarle una cuota razonable por los costos de proporcionar la lista. Te avisaremos del costo involucrado y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

D. Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica nosotros usamos o revelamos acerca de usted para el tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención, como un miembro de la familia o a un amigo.

Un excepción de lo específicamente se describe abajo en este Aviso, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción o limitación. Si estamos acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Además, hay ciertas situaciones en las que no vamos a ser capaces de cumplir con su petición, por ejemplo, cuando estamos obligados por ley a utilizar o divulgar su información médica. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI abajo. En su solicitud, usted nos debe decir qué información desea limitar, si desea que limitemos nuestro uso, dicho, o ambos, ya quien usted quiere que los límites se aplican.

Como se indicó anteriormente, en la mayoría de los casos no tenemos que estar de acuerdo a su solicitud restricciones a las divulgaciones que se permiten de otra manera. Sin embargo, si usted paga o una persona otra (que no sea un plan de salud) paga en su nombre por un ítem o servicio en totalidad, de su bolsillo, y solicita que no revelemos la información médica refiere exclusivamente a ese artículo o servicio a un plan de salud a los efectos del pago u operaciones de cuidado salud, entonces vamos a estar obligados a cumplir con dicha solicitud de restricción a menos que la divulgación sea requerida por ley. Usted debe ser consciente de que dichas restricciones pueden tener consecuencias no deseadas, particularmente si otros proveedores necesitan conocer esa información (tal como una farmacia surtir una receta). Será su obligación de notificar cualquier otra proveedores de esta restricción. Además, tal restricción puede afectar La decisión de su plan de salud para pagar la atención relacionada que es posible que no quieren pagar de su bolsillo (y que no estaría sujeto a la restricción).

E. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa, no en el trabajo o, a la inversa, sólo en el trabajo y no en casa. Para solicitar este tipo de comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI abajo.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud, y utilizaremos nuestros mejores esfuerzos para atender todas las solicitudes razonables, pero hay algunas peticiones con las que no vamos a ser capaces de cumplir. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.

F. Derecho a una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este Aviso, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI abajo.

G. Derecho a Notificación Brecha. En ciertos casos, podríamos estar obligados a notificar a usted (y posiblemente otras partes) si nos damos cuenta de que su información médica se ha dado a conocer de forma incorrecta o de otra manera sujetos a una "brecha" como se define en y/o requerida por HIPAA y la ley estatal aplicable.

V. CAMBIOS A ESTE AVISO.

Reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento, junto con nuestras políticas y prácticas de privacidad. Reservamos el derecho de hacer el Aviso revisado o cambiado efectivo para información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual, junto con el anuncio de que se han realizado cambios, como aplicable, en nuestra oficina. Cuando son realizado cambios al Aviso, puede obtener una copia revisada mediante el envío de una carta al el Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección enumerados en Sección VI abajo o por pidiendo la recepcionista del consultorio por una copia actualizada del Aviso.

VI. QUEJAS.

Si usted cree que sus derechos de privacidad que se describen en este Aviso han sido violados, usted puede presentar una queja ante la Práctica en la siguiente dirección o número de teléfono:

The Medical Office of
The Vaz Clinc, P.A.
1103 N Sara DeWitt Drive
Gonzales, Texas 78629
830-672-2424

Para presentar una queja, puede llamar o enviar una carta escrita. **La práctica no tomará represalias contra cualquier persona que presente una queja.**

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Office for Civil Rights, DHHS
1301 Young Street - Suite 1169
Dallas, TX 75202
(214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD)
(214) 767-0432 FAX

Además, si tiene alguna preguntas sobre este Aviso, por favor contacta el Funcionario HIPAA por la Práctica en la dirección o número de teléfono que aparece arriba.

	THE VAZ CLINIC, PA. URGENT CARE TVC CLINICAL RESEARCH	Mon - Fri. & Holidays 8 a.m. - 8 p.m. 830-672 -2424 1103 N. Sarah DeWitt Dr. - Gonzales, Tx 78629 Veteran Owned and Operated Garth O. Vaz, M.D.
---	--	---

Acuse de Recibo del Notificación de Prácticas Privacidad

Su nombre y su firma en este documento indica que usted ha recibido una copia de las prácticas de privacidad de la Oficina Médica de The Vaz Clinic, P.A. en la fecha indicada. Adicionalmente, usted autoriza el uso y divulgación de su información médica según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad, salvo que se indique expresamente a continuación. Si usted tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de nuestra oficina, favor de comunicarse con un representante de la Clínica o con el Oficial de Privacidad del Paciente, como lo indica el aviso.

¿Podemos nosotros lanzar su información de salud a miembros de familia o cualquier otro individuo o cuidadores de atención?

SÍ NO

En caso afirmativo, enumere nombre y la relación siguiente

<u>Nombre:</u>	<u>Relación:</u>

Por la presente solicito las siguientes restricciones en el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

Nombre del Paciente (Manuscrito)

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha de Aviso Recibida

Si esta Representando al Paciente, Nombre

Indique su Relación con el Paciente



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información relativa a paciente a la que se hace la autorización:
 Nombre: _____
 Otro nombre(s) usados: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (_____) _____ Correo electrónico (*opcional*): _____

Información relativa a proveedor de atención médica o entidad del cuidado de la salud autorizado a divulgar esta información:
 Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Información relativa a la persona o entidad que pueda recibir y utilizar esta información:
 Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Información específica que se divulgará:
 Registros médicos a partir de (fecha) _____ a (fecha) _____
 Registro Medicos Completa, incluyendo historiales de los pacientes, las notas de oficina (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, referencias, consulta, los registros de facturación, registros de seguro, y los registros recibidos de otros proveedores de atención médica.
 Otro: _____

<p>Incluya: (Indique con sus iniciales)</p> <p>_____ Registros de drogas, alcohol o abuso de sustancias</p> <p>_____ Registros de Salud Mental (Excepto notas de psicoterapia)</p> <p>_____ Información relacionado con VIH / SIDA (Incluyendo resultados de pruebas de VIH / SIDA)</p> <p>_____ Información Genética (Incluyendo resultados de pruebas genéticas)</p>	<p>Motivo de la divulgación de la información: (<i>Seleccione todas las que apliquen</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento/Continuando con la atención médica</p> <p><input type="checkbox"/> Uso Personal</p> <p><input type="checkbox"/> Facturación o Reclamaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Propósitos Legal</p> <p><input type="checkbox"/> Determinación de Incapacidad</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Empleo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (<i>Especificar</i>): _____</p>
---	---



The individual signing this form agrees and acknowledges as follows:

- 1) **Voluntary Authorization:** This authorization is voluntary. Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits (as applicable) will not be conditioned upon my signing of this authorization form.
- 2) **Effective Time Period:** This authorization shall be in effect until the earlier of two (2) years after the death of the patient for whom this authorization is made or the following specified date: Month: _____ Day: _____ Year: _____.
- 3) **Right to Revoke:** I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider or health care entity listed above. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
- 4) **Special Information:** This authorization may include disclosure of information relating to DRUG, ALCOHOL and SUBSTANCE ABUSE, MENTAL HEALTH INFORMATION, except psychotherapy notes, CONFIDENTIAL HIV/AIDS-RELATED INFORMATION, and GENETIC INFORMATION only if I place my initials on the appropriate lines above. In the event the health information described above includes any of these types of information, and I initial the corresponding lines in the box above, I specifically authorize release of such information to the person or entity indicated herein.
- 5) **Signature Authorization:** I have read this form and agree to the uses and disclosure of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURES:

Patient/Legal Representative: _____ Date: _____

If Legal Representative, Relationship to Patient: _____

Witness (optional): _____ Date: _____

A minor individual's signature is required for the release of certain types of information, including for example, the release of information related to certain types of reproductive care, sexually transmitted diseases, and drug, alcohol or substance abuse, and mental health treatment.

Signature of Minor (if applicable): _____ Date: _____

Esta autorización puede ser utilizada para permitir que una entidad cubierta (según dicho término se define por la ley HIPAA y la ley de Texas es aplicable) para usar o divulgar la información protegida de la salud de un individuo. Las personas que completen este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a las decisiones relacionadas con el uso o divulgación de su información de salud protegida..



Política de la Oficina Para los Pacientes Acknowledgement Form

He leído y entendido la Política de la Oficina para los Pacientes de The Vaz Clinic, P. A. Al firmar abajo Acuso recibo y la comunicación de estas políticas conmigo y se han hecho conscientes de que el incumplimiento con la política de la oficina para los pacientes puede resultar en mi despido como paciente para The Vaz Clinic, P.A. y asociado proveedores médicos. Entiendo que The Vaz Clinic, P.A. se reserva el derecho de modificar la política de la oficina para los pacientes según sea necesario y Me reservo el derecho de solicitar una copia impresa de la política de la oficina para los pacientes.

Paciente / Nombre del Tutor legal (Impresión)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Paciente / Firma del Tutor Legal

Fecha



Acuerdo Medicamentos y Política Recargas

En el curso de su tratamiento se le puede prescribir medicamento por nuestros proveedores de servicios médicos. Los medicamentos permiten a nuestros proveedores para mejorar su salud, pero pueden aparecer efectos secundarios graves si algunos de estos medicamentos no se gestionan adecuadamente. Nuestra primera prioridad es su salud y seguridad. Con este fin, nuestros proveedores de servicios médicos han establecido directrices y políticas para su seguridad. **Nuestros proveedores de servicios médicos se reservan el derecho de comunicarse con sus otros médicos tratantes y farmacias con respecto a su cuidado de la salud, incluidos los medicamentos. Las políticas y directrices antes mencionadas se enumeran a continuación:**

1. Entiendo que la medicación de recambio sólo estarán disponibles durante las horas regulares de oficina. Repetición de recetas que requieren un aviso de 48 horas, por lo que le pedimos que no espere hasta que haya acabado de su medicamento antes de ponerse en contacto con nuestra oficina.
2. Entiendo que la medicación de recambio NO SE hará después de las horas, los fines de semana o en días festivos.
3. Entiendo que mis proveedores de atención médica tienen derecho a rellenar o no rellenar los medicamentos prescritos a mí por otro proveedor de servicios médicos.
4. Estoy de acuerdo en proporcionar información detallada acerca de la medicación cuando solicito renovaciones de medicamentos (I.E. nombre del medicamento, la dosis, el nombre de la farmacia, etc)
5. Yo entiendo que no se pueden prescribir estupefacientes o hábito que forma la medicación en mi primera visita.
6. Estoy de acuerdo en seguir el régimen de dosificación según lo prescrito por mi proveedor de servicios médicos.
7. Acepto NUNCA comparta los medicamentos prescritos para mí como un paciente con cualquier otra persona.
8. Acepto NUNCA vender, intercambiar o comerciar mis medicamentos por cualquier razón.
9. Entiendo que la salvaguardia y custodia de mis medicamentos es responsabilidad mía. Mi médico proveedor no estará obligado o requerido para reemplazar recetas o medicamentos perdidos o robados.
10. Estoy de acuerdo en poner en contacto con mi profesional médico si experimento efectos adversos o problemas de dosificación con mis medicamentos recetados.
11. Estoy de acuerdo y entiendo que no se me permitirá recibir recetas de medicamentos estupefacientes o sustancias controlada por el profesional médico si yo también estoy recibiendo recetas de medicamentos similares otro proveedor de servicios médico. Sólo después de que se presente autorizarse con el consentimiento expreso o la consulta de mi proveedor de servicios médicos. Sólo después de que se presente autorizarse con el consentimiento expreso o la consulta de mi proveedor de servicios médicos.
12. Entiendo recetas de medicamentos estupefacientes o controladas NUNCA ser llenados antes de tiempo.
13. Entiendo y estoy de acuerdo en utilizar sólo una farmacia para mis recetas de medicamentos estupefacientes o controladas.
14. Estoy de acuerdo en seguir todas las citas programadas y entiendo que si tengo 15 minutos tarde o mas para mi cita programada, es posible que tenga que cambiar la fecha.
15. Estoy de acuerdo que medicación NO se dará para cancelas o no-show citas.
16. Estoy de acuerdo en traer a todos mis medicamentos prescritas o proporcionar una lista exacta de medicación prescrita en cada visita al consultorio.
17. Entiendo que no debo conducir o manejar maquinaria pesada mientras esté tomando medicamentos que pueden causar somnolencia o perjudica la función cognitiva.
18. Estoy de acuerdo y entiendo que la conducta abusiva o acoso hacia el personal de The Vaz Clinic, P. A.. no serán tolerados o aceptado.
19. Entiendo que si forjo, copiar o falsificar recetas que inmediatamente será despedido como un paciente de The Vaz Clinic, P. A.
20. Yo entiendo que voy a ser despedido como un paciente si no cumplo con las políticas de este acuerdo.
21. Entiendo que The Vaz Clinic, P. A. se reserva el derecho de SOLICITAR UNA PRUEBA DE LA ORINA POR DROGAS SI SOY PRESCRITO UNA SUSTANCIA CONTROLADA. Si mis pruebas de detección de drogas muestran evidencias de sustancias ONU-prescrito o negativo para los medicamentos que han sido recetados, entiendo que será despedido como un paciente de The Vaz Clinic, P. A.

Si esta Representando al Paciente, Nombre

Nombre del Paciente (Manuscrito) y Fecha de nacimiento



THE VAZ CLINIC, PA.
URGENT CARE
TVC CLINICAL RESEARCH

Mon - Fri. & Holidays 8 a.m. - 8 p.m.

830-672-2424

1103 N. Sarah DeWitt Dr. • Gonzales, Tx 78629

Veteran Owned and Operated

Garth O. Vaz, M.D.

Dolor Crónico y Narcóticos

1. Entiendo que los pacientes que requieren el tratamiento del dolor por el largo plazo, más de seis (6) meses, requerirán un derivación a especialista en el manejo del dolor. Algunos diagnósticos pueden estar exentos de este requisito en una base de caso por caso.
2. Entiendo que si no estoy dispuesto a ver un especialista en manejo del dolor cuando es referido por mi médico proveedor, sólo se prescribirá el tratamiento del dolor no narcótico.
3. Entiendo que todos los pacientes con dolor crónico deben someterse a pruebas para determinar el origen del dolor. El dolor crónico sin hallazgos objetivos (pruebas positivas) no sera prescribe narcóticos.
4. Entiendo controlado, programado, y medicamentos triplicado no tengo recargas y todos los pacientes que requieren recargas receta para estos medicamentos deben ser vistos por un proveedor médico de evaluación y la documentación de su dolor cada tres (3) meses..
5. Entiendo que se me exigirá que presente una identificación con fotografía y firmar antes de que mi por triplicado receta será dará a conocer a mí. Recetas triplicado sólo se dará a conocer al paciente, con la excepción de los residentes del hogar de ancianos.
6. Entiendo que la fibromialgia no será tratar con medicamentos narcóticos para el dolor.
7. Entiendo que los pacientes pueden que prescriba medicamentos para el dolor de las lesiones agudas a corto plazo (es decir, de nuevo esguince). El medicamento recetado será para uso temporal y NO serán rellenados.
8. Entiendo que las medicaciones programadas y controladas pueden ser altamente adictivos si se abusa, mal utilizado, o no toman como se indica por el proveedor médico.
9. Entiendo que todos los pacientes que actualmente están recibiendo medicamentos para el dolor y que se niegan a cumplir con esta acuerdo y sus políticas serán destetados de los medicamentos narcóticos para el dolor.

Si esta Representando al Paciente, Nombre

Nombre del Paciente (Manuscrito) y Fecha de nacimiento



Acuse de Recibo del Acuerdo Medicamentos y Política Recargas

Con la firma de este reconocimiento, Confirmando que he leído, entendido, y aceptado todas de las políticas y secciones in the Medication Agreement and Refill Policy. Estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de este acuerdo y entender que el incumplimiento para cumplir con este acuerdo puede resultar en mi despido como paciente de The Vaz Clinic, P.A.

Tenga en cuenta que la medicación no será prescrito sin la aceptación de este acuerdo.

Nombre del Paciente: (Manuscrito)

Fecha:

Firma del Paciente:

Guardián: (Si procede)

Autorización a Acceso de la Información de Prescripción Histórico

Yo por la presente autorizó los proveedores de servicios médicos de The Vaz Clinic, P.A. para acceder a mi información histórica de medicamentos recetados.

Firma del Paciente:

Fecha:

Guardián: (Si procede)