



# Portal del Paciente

## Conectarte electrónicamente

En cuanto que se registre, tendrá acceso electrónico a nuestra práctica en cualquier momento y podrá:

- Acceda a sus registros médicos electrónicos
- Intercambie mensajes seguros con su proveedor/personal de atención médica
- Solicitar y gestionar sus citas en la oficina
- Solicitar renovaciones de medicamentos
- Preguntas sobre facturación/seguro

Estamos entusiasmados con nuestro portal de pacientes y esperamos que se registre y comience a aprovechar estas excelentes funciones!

Email: \_\_\_\_\_

*¡Compruebe su correo electrónico para el registro del portal!*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo doy mi permiso al Valley Urologic Associates para dejar un detallado de mensajes de voz en caso de que la comunicación debe tener lugar conmigo.

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique el número de teléfono que el mensaje de voz detallado se puede dejar.

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Método Preferido de Recordatorios de Citas:**

Texto	Numero Móvil: _____
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Email: _____
<input type="checkbox"/> Mensaje de Voz	Numero: _____

**A continuación tiene permiso para recibir información médica:**

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

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada legalmente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**NEW PATIENT HISTORY AND PHYSICAL ADULT**

Date: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_  
Primary care Doctor: \_\_\_\_\_

**El Pasado Historial Medico Y Cirugías (Por Favor de llenar la forma completamente)**

Usted tiene cualquier alergia de medicina(droga):  Ningunas Alergias de Medicina(Droga)

- Penicilina  Sulfa  Tetracycline  Cipro/Levaquin  Erythromycin  IV Iodine  Macrobid  Gentamycin

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

usted tiene cualquier **problema médico** en el pasado o actualmente toma medicamentos para:  Ninguno

- Diabetes  Alta Presion  Enfermedad Coronaria  Fibrilación auricular  Asma  
 COPD  Piedra en los riñones  Hipotiroidismo  Colesterol Alto  Ataque Cerebral  
 Reflujo Gástrico  Gota  Artritis  Obesidad Mórbida  Ataques  
 Alergia Temporada  Depresion  Cancer (Tipo \_\_\_\_\_)

POR FAVOR LISTE CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO (NO MENCIONADO ARRIBA) QUE USTED HA SIDO TRATADO EN EL PASADO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor de listar todas sus cirugías pasadas:  Ninguna

- Apendectomía  Amigdalectomía  Histerectomía (matriz)  Colectomía (vesícula)  
 Cirugía de la Espina  Colonoscopia  Posición de Hernia \_\_\_\_\_  Prótesis de Cadera Dorsal  
 Rodilla  D  I  Hombro  D  I  Stents Coronario  Injertos de los vasos coronarios \_\_\_\_  
 Cesaria  Ligadura de Trompas  Bypass Gástrico  Pase Périferico Vascular

POR FAVOR LISTE CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (NO MECIONADO ENCIMA) QUE USTED HA SIDO TRATADO EN EL PASADO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor liste todos sus medicamentos/Suplementos: (incluya el nombre, la dosificación, y cuantas veces en un día):  Ninguna

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historial Medico Del Paciente Y Forma Fisicá

Por favor detalle su historia social:

Usted Fuma:  SI  No Cuantos paquetes al día? \_\_\_\_\_ Por cuantos años? \_\_\_\_\_

A Parado de Fumar:  SI  No Que año? \_\_\_\_\_

Usted consume alcohol  SI  No Cuantas bebidas por semana \_\_\_\_\_

Usted consume alguna droga ilicita (porfavor mencione cuales): \_\_\_\_\_

Porfavor detalle el historial medico familiar: (cualquier enfermedad que sus padres, abuelos, o hermanos han tenido)

Cancer en la Prostata  Cancer en el Riñon  Cancer en la Vejiga  Piedras en los Riñones

POR FAVOR LISTE CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE FAMILIA (NO MENCIONADO ENCIMA):

Esta Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

Cuantos Embarazos (de ser aplicable): \_\_\_\_\_ Cuantos hijos tiene: \_\_\_\_\_

Que es su ocupación: \_\_\_\_\_

**La revisión de sistemas (por favor compruebe cualquier nuevo síntoma que usted recientemente ha tenido)**

<b>Genitourinario</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Frecuencia Urinaria</li><li><input type="checkbox"/> Urgencia Urinaria</li><li><input type="checkbox"/> Sangre en la urina</li><li><input type="checkbox"/> Dolor en el costado</li><li><input type="checkbox"/> Sentir de no vaciar completamente la vejiga</li><li><input type="checkbox"/> Ardor/ dolor al orinar</li><li><input type="checkbox"/> Incontinencia de orina</li></ul>	<b>Musculoesqueléticos</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Dolor de espalda/ cirugía</li><li><input type="checkbox"/> Trastorno muscular</li><li><input type="checkbox"/> Trastorno de la articulación</li></ul> <b>Vista/Sonido</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Visión borrosa</li><li><input type="checkbox"/> Glaucoma</li><li><input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/timbre</li></ul> <b>Pulmonar</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Respira con dificultad</li><li><input type="checkbox"/> Tos frecuente</li><li><input type="checkbox"/> Falta de aliento</li></ul> <b>Endocrino</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Diabetes</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea</li></ul> <b>Oído/nariz/garganta</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Infeccion en el oido</li><li><input type="checkbox"/> Dolor de garganta</li><li><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</li></ul>	<b>Circulatorio</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</li><li><input type="checkbox"/> La presion Arterial alta</li><li><input type="checkbox"/> Venas varicosas</li></ul> <b>Neurológicos</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Mareos</li><li><input type="checkbox"/> Migraña</li><li><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple</li></ul> <b>Hematológicas/Linfático</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hinchazón de los ganglios linfáticos</li><li><input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado</li><li><input type="checkbox"/> Trastorno de inmunodeficiencia humana (VIH)</li></ul>
---	--	---

Que es su Altura: \_\_\_\_\_ Que es su Peso: \_\_\_\_\_

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE VEJIGA

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Qué síntomas te describe mejor?

- Orina frecuente - Día, Noche, o ambos       fuga con Toser Estornudar o que desarrollen
- urgencia repentina o intensa de orinar con urgencia       fugas o ninguna advertencia (No se puede llegar al baño a tiempo)
- incapaz de vaciar la vejiga       vejiga o dolor pélvico

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? \_\_\_\_\_

¿Has probado medicamentos para aliviar sus síntomas?       Si       No

### Si es así, compruebe los medicamentos que han probado:

- Detrol LA       Ditropan XL       Flomax       Cardura
- Oxytrol Patch       Enablex       Vesicare       DDAVP
- Sanctura       Elavil       Elmiron       Otro \_\_\_\_\_

¿Estos medicamentos ayudan a que sus síntomas? Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO HAY ALIVIO						COMPLETAMENTE CURADO				

Si ha dejado de tomar sus medicamentos, por favor explique por qué:

- No Ayudó       Efectos Secundarios       Muy Caro

Describir los efectos secundarios \_\_\_\_\_

Modificaciones del comportamiento Intentado \_\_\_\_\_

(es decir, la ingesta de cafeína, los cambios de estilos de vida, entrenamiento vesical, entrenamiento muscular del piso pélvico, etc)

¿Cuál es su nivel de frustración con sus síntomas de la vejiga? Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO FRUSTRADO						MUY FRUSTRADO				

¿Actualmente tiene algún problema con la función intestinal?

- Incontinencia Fecal       Estreñimiento       Otro

Estoy interesado en saber más acerca de tratamientos alternativos a los medicamentos:

- Si       No

# *Valley Urologic Associates*

## *Financiera y Política de No Arribo*

Gracias por elegir Valley Urologic Associates como su proveedor de atención médica. En su visita inicial, los honorarios del médico **consulta oscila entre \$ 172.00 a \$ 425.00**. Esta tarifa no incluye ningún laboratorio, procedimientos, medicamentos y suministros médicos o gastos de rayos-x. En la visita inicial, el paciente es responsable de la cantidad co-pago/coseguro además de cualquier deducible. Si nuestra oficina no puede verificar los beneficios del seguro, el pago completo es debido cuando usted llega a su cita.

Si su compañía de seguros envía el pago directamente a usted, el pago total se debe en cada visita. En caso de ocurrir un pago en exceso de las cantidades deducibles o porcentaje cargadas, un reembolso será dado.

Si usted está esperando para la cobertura sea efectiva o no tiene seguro, el pago total se espera el día en que se ven. Para su comodidad, aceptamos VISA, MasterCard, Cheque o Efectivo.

**Las cuentas morosas estará sujeto a la acción siguiente. Cuentas vencidas 90 días o más estarán sujetos a las colecciones. Todos los honorarios, incluyendo, pero no limitado a los honorarios de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales incurridos pasará a ser su responsabilidad, además del saldo adeudado a esta oficina.**

Se requiere que un adulto (padre, madre o tutor legal) acompañar a un paciente menor de edad, sin la autorización previa y por escrito se le da a esta oficina. El adulto que acompaña al paciente menor de edad está obligado a pagar de acuerdo con nuestras políticas. No aceptamos asignaciones de terceros ni tampoco reconocer o cumplir los términos del divorcio.

**Hay una tarifa de servicio de \$ 35 por cada cheque devuelto.** Cheques sin fondos debe ser redimido con cheque certificado fondos de caja, giro postal, cheque certificado o de caja.

Las cancelaciones de citas / NO ARRIBO

Si cree que es necesario para cancelar su cita, le pedimos que nos avisará con tiempo suficiente para que podamos dejar que otro paciente tienen su cita. **Cancelaciones / No Arribos de procedimientos en el consultorio (vasectomía, cistoscopia, biopsia, urodinámica, caudal) pagan \$ 150 a menos que usted nos proporcione un aviso 48hr. No Arribos para citas de rutina se le cobrará una cuota de \$ 50.** Después de tres apariciones No Show, la práctica puede elegir terminar nuestra relación con usted. Además, su consentimiento para proceder con la cirugía requiere una cantidad sustancial de tiempo y esfuerzo por parte de nuestro personal y nuestros hospitales participantes. **Si tiene que cancelar por razones no médicas, solicitamos un aviso de una semana para que podamos dar cabida a otros pacientes. De lo contrario, se le cobrará una cuota de \$ 150.**

He leído y entendido la Política Financiera y acepta cumplir con los términos de la póliza.

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



**Valley Urologic Associates**

*State of the Art with Compassion and Sensitivity*

## Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

*El original se mantiene en el expediente médico permanente del paciente.*

*Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de la Oficina de Prácticas de Privacidad.*

---

*Paciente o legalmente autorizado firma individuos*

---

*Fecha*

---

*Nombre impreso*

---

*Relación (Yo, padre, tutor legal, representante personal, Etc.)*



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información de salud personal está protegida por la privacidad. La Regla de Privacidad también fue creado con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención médica para obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de la información médica sobre el paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente queremos que sepan que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y hará todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones responsables de proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, le ofrecemos la información mínima necesaria para sólo aquellos que creemos están en necesidad de su información médica y la información acerca de las operaciones de tratamiento, pago o la salud, con el fin de proporcionar servicios de salud que está en su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus archivos personales. Podemos tener relaciones indirectas de tratamiento con usted (por ejemplo, los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y los pacientes no), y puede tener que revelar información personal de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades no son lo más a menudo obligados a obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información de salud personal, pero esto debe hacerse por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratar si decide negarse a revelar su información de salud personal (PHI). Si decide dar el consentimiento en este documento, en algún momento en el futuro, puede solicitar a rechazar todo o parte de su PHI. Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se basó en esto o un consentimiento firmado previamente.

Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, a solicitar restricciones y revocar su consentimiento por escrito, después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

## CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACION DE GARANTIA PARA NUESTROS PACIENTES

---

A nuestros pacientes valorados:

El mal uso de la información de salud personal (PHI) ha sido identificado como un problema nacional que causa inconvenientes pacientes, agravación y dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, directivos y médicos una formación continua para que puedan entender y cumplir con las reglas y regulaciones del gobierno con respecto a la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de los servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar correctamente el uso apropiado de la PHI de acuerdo con las reglas de gobierno, las leyes y los reglamentos. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuye de ninguna manera al creciente problema de la divulgación indebida de PHI. Como parte de este plan, se ha implementado un Programa de Cumplimiento que creemos que nos ayudará a evitar cualquier uso indebido del PHI.

También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin ningún pensamiento de penalización si sienten que un evento de ninguna manera pone en peligro nuestra política de integridad. Más aún, le invitamos a su información respecto a cualquier problema de servicio para que podamos remediar la situación con prontitud.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes altamente valorados.



Valley Urologic Associates  
*State of the Art with Compassion and Sensitivity*

## Aviso de Prácticas de Privacidad 18 de Septiembre de 2015

***Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.***

Su expediente médico puede contener información personal sobre su salud. Esta información puede identificarlo a usted y se refieren a su pasado, condición de salud física o mental presente o futura y cuidado de la salud relacionados con los servicios y se llama información de salud protegida (PHI). Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI con arreglo a la legislación aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo usted puede acceder y controlar su PHI. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionarle con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a acatar los términos de este aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nueva notificación de prácticas de privacidad será eficaz para todos PHI que mantenemos en ese momento. Le proporcionaremos una copia de la notificación revisada de prácticas de privacidad por publicar una copia en nuestro sitio web, enviarle una copia por correo a petición o proporcionar a usted en su próxima cita.

### **¿Cómo podemos usar y revelar información de salud sobre usted:**

**Para atención o tratamiento:** su PHI puede usarse y divulgarse a aquellos que están involucrados en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar tus servicios. Esto incluye la consulta con los supervisores clínicos u otros miembros del equipo. Su autorización es necesaria para divulgar su PHI a cualquier otro proveedor de cuidado no actualmente involucrado en su cuidado. **Ejemplo:** *Si otro médico le refirió a nosotros, podemos contactar para discutir su atención médica. Además, si te remitimos a otro médico, podemos contactar para discutir su atención médica o nos pueden contactar.*

**Para el pago:** Su PHI puede usarse y divulgarse para cualquiera de las partes que intervienen en el pago por la asistencia o tratamiento. Si usted paga su atención o tratamiento completamente fuera del bolsillo sin ningún uso de ningún seguro, se puede restringir la divulgación de su PHI para el pago. **Ejemplo:** *Su pagador podrá exigir copias de su PHI en el transcurso de una solicitud médica, carta auditoría o revisión.*

**Para las operaciones del negocio:** Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales incluyendo, pero no limitado a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, las licencias y llevando a cabo o arreglar para otras actividades empresariales. También podemos divulgar su PHI en el curso de proporcionarle recordatorios de la cita o dejando mensajes en su teléfono o en tu casa sobre preguntas o resultados de la prueba. **Ejemplo:** *Podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades de negocios (por ejemplo, el Consejo de acreditación u otros organismos reguladores o licencias) siempre tenemos un contrato con la empresa que lo requiere para salvaguardar la privacidad de su PHI.*

**Requerido por la ley:** Bajo la ley, debemos dejar las divulgaciones de su PHI disponible a usted por su requerimiento. Además, debemos hacer revelaciones a la secretaria del Departamento de salud y servicios humanos con el fin de investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la regla de privacidad, si así se requiere.

**Sin autorización:** Ley aplicable y las normas éticas permiten revelar su información sin su autorización solamente en un número limitado de otras situaciones. Ejemplos de algunos de los tipos de usos y divulgaciones que pueden hacerse sin su autorización son aquellos que son:

- Se requiere por ley, tales como la notificación obligatoria de abuso infantil o negligencia o gobierno obligatorio Agencia auditorías o investigaciones (por ejemplo, el Departamento de salud)
- Requerido por orden judicial
- Sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. Si se divulga información para prevenir o disminuir una amenaza seria se divulgarán a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluyendo el objetivo de la amenaza.

**Permiso verbal:** Podemos utilizar o divulgar su información a los familiares que están directamente involucradas en su recibo de servicios con su permiso verbal.

**Alternativas de Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para usted.

### **Sus derechos con respecto a su PHI**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre ti. Para ejercer cualquiera de estos derechos, por favor, envíe su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad:

- **Derecho de acceso para inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho, que puede estar restringido sólo en circunstancias excepcionales o con documentos publicados a nosotros, para inspeccionar y copiar la PHI que puede utilizarse para tomar decisiones sobre el servicio proporcionado.
- **Derecho a enmendar.** Si sientes que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda.
- **Derecho a una contabilidad de accesos.** Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de algunas de las revelaciones que hacemos de su PHI. Podemos cargarle una cuota razonable si usted solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para servicios, pago u operaciones de negocios. No estamos obligados a aceptar su petición.
- **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos de la PHI de una manera específica (por ejemplo teléfono, correo electrónico, correo postal, etc.)
- **Derecho a una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho a una copia de este aviso.

### **Sitio web privacidad**

Cualquier información personal que usted nos proporciona con nuestro sitio web, incluyendo su dirección de correo electrónico, nunca será vendido o alquilado a terceros sin tu consentimiento expreso. Si usted nos proporciona cualquier información personal o de contacto para recibir algo de nosotros, podemos recopilar y almacenar datos personales. No automáticamente recopilamos su dirección de correo electrónico personal simplemente porque usted visita nuestro sitio. En algunos casos, nos podemos asociarnos con terceros para proporcionar servicios tales como boletines, encuestas para mejorar nuestros servicios, actualizaciones de salud o empresa, y en tal caso, debemos proporcionar su información de contacto a dichos terceros. Esta información, sin embargo, sólo se proporcionará a estos socios terceros específicamente para estas comunicaciones, y el tercero no utilizará su información por cualquier otro motivo. Mientras que podemos rastrear el volumen de visitantes en páginas específicas de nuestro sitio web y descargar la información de páginas específicas, estos números sólo se utilizan en conjunto y sin ninguna información personal. Esta información demográfica puede ser compartida con nuestros socios, pero no está vinculado a ninguna información personal que pueda identificarle o cualquier visitante de nuestro sitio.

Nuestro sitio puede contener enlaces a otros sitios web externos. No podemos responsabilizarnos por las políticas de privacidad o prácticas de estos sitios y le animamos a revisar las prácticas de privacidad de todos los sitios de internet que usted visita. Mientras nos esforzamos para asegurar que toda la información proporcionada en nuestro sitio web es correcta y exacta, no hacemos ninguna garantía, expresa o implícita, en cuanto a la exactitud, integridad o puntualidad, de la información disponible en nuestro sitio. No somos responsables a cualquier persona por cualquier pérdida, reclamación o daños causados en su totalidad o en parte, por la información proporcionada en nuestro sitio. Mediante el uso de nuestro sitio web, usted consiente a la recopilación y uso de información personal como se describe en este documento. Cualquier cambio a esta política de privacidad se hará público en este sitio para que sepas qué información recogemos y cómo la utilizamos.

### **Infracciones:**

Se le notificará inmediatamente si recibimos información de que ha habido una violación que implica su PHI.

### **Reclamaciones:**

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de presentar una queja en escribir con nuestro oficial de privacidad de Valle Urológicos Associates. Si usted tiene preguntas y desea información adicional, usted puede contactarnos en 13555 W. McDowell Rd., Suite 304, Goodyear, AZ 85395.

# Derechos y Responsabilidades del Paciente

## **Usted tiene el derecho de:**

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración.
- No ser discriminado contra la base de raza, edad, género, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
- Recibir privacidad en el tratamiento y cuidado de las necesidades personales
- Para recibir un tratamiento que apoye y respete su individualidad, Las opciones, fortalezas y habilidades
- No ser objeto de apropiación indebida de propiedad personal y privada por su proveedor o su personal
- Para revisar a petición escrita, su historial médico
- Cuidado seguro y no ser objeto de negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso (físico, sexual, emocional) o agresión sexual.
- Conocer la identidad de aquellos profesionales que te están tratando.
- Participar o hacer que su representante participe en el desarrollo de, o decisiones relativas a, tratamiento
- Para recibir una referencia a otro proveedor si nuestra clínica no puede proporcionar los servicios necesarios
- Rechazar o retirar el tratamiento en la medida permitida por la ley, incluyendo la investigación o el tratamiento experimental.
- Recibir explicación antes de cualquier transferencia de atención.
- Tener la ayuda de un familiar, representante u otra persona para comprender, proteger o ejercer sus derechos.
- presentar una queja con un gerente, el Departamento de Servicios de Salud o su proveedor sin represalias
- Entender por qué alguien está involucrado u observando la atención
- No ser restringido o aislado.
- Recibir, previa solicitud, información sobre el horario de tarifas, cargos, explicación de la factura, independientemente de la fuente de pago.
- Consentimiento a las fotografías antes de que se tome una, excepto para las fotos tomadas con fines identificativos / administrativos
- Tener una directiva avanzada sobre el tratamiento.
- Excepto en una emergencia, proporcionarle una alternativa a un medicamento psicotrópico o procedimientos quirúrgicos propuestos junto con cualquier riesgo asociado y posibles complicaciones del tratamiento propuesto.

## **Usted tiene la responsabilidad de:**

- Proporcionar información precisa y completa sobre quejas presentes, historial médico de pasado, y otros asuntos relacionados con su salud.
- Haz saber si comprendes claramente el curso del tratamiento y lo que se espera de él/ella.
- Siga el plan de tratamiento establecido por su médico, incluyendo las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud, mientras llevan a cabo las órdenes del médico.
- Mantenga las citas, notifique al Centro de Arizona para la Atención del Cáncer o a un médico cuando no pueda hacerlo.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones en caso de que rechace el tratamiento o no siga las órdenes del médico.
- Assure que las obligaciones financieras de su atención se cumplan tan pronto como sea posible.
- Seguir las políticas y procedimientos de AZCCC.
- Sea considerado de los derechos y la propiedad de otros pacientes y personal de la instalación.
- Notificar al personal de AZCCC la solicitud de servicios de intérprete.

Si tiene algún comentario o inquietud con respecto a los servicios proporcionados por Arizona Center for Cancer Care, comuníquese con nuestro Administrador del Sitio al (623) 935-5522 o escribanos al 14155 N. 83rd Avenue, Suite 127, Peoria AZ 85381. Si aún no está satisfecho o tiene más inquietudes, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de AZ.