

**BIONICS ORTÓTICOS Y PRÓTESIS | Registro del Paciente**

**Primer nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Apellido del paciente:** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Marque uno)  Casa  Celular  Trabajo

Segundo número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Marque uno)  Casa  Celular  Trabajo

Dirección de casa : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Remitido por:** \_\_\_\_\_ **Médico Primario:** \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Marque uno)  Casa  Celular  Trabajo

Empleado (Marque uno):  Sí  No Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Está relacionado con este trabajo?  Sí  No En caso afirmativo; Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Compensación de trabajador: \_\_\_\_\_

Puede proporcionar una fotocopia de su tarjeta de seguro en lugar de completar lo siguiente:

**Seguro Primario (Nombre de la Compañía)** \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_

No. de la póliza \_\_\_\_\_ No. del grupo \_\_\_\_\_

**Seguro Primario (Nombre de la Compañía)** \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_

No. de la póliza \_\_\_\_\_ No. del grupo \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios / divulgación de información**

Por la presente doy permiso de por vida para el pago de beneficios de seguro que se pagará directamente a los profesionales de Bionics Ortóticos y Prótesis por los servicios prestados. Por la presente autorizo a los profesionales a liberar toda la información necesaria para procesar los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por un seguro. También entiendo que cualquier pago excesivo de servicios profesionales al profesional será reembolsado a mí después de que la factura ha sido pagada en su totalidad. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado. También estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de este acuerdo será válida como el original.

Firma del Paciente o Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **BIONICOS ORTÓTICOS Y PRÓTESIS**

### **POLÍTICA FINANCIERA**

Gracias por elegir BIONICS ORTHOTICS & PROSTHETICS como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar y firmar nuestro formulario de Información al Paciente y Política Financiera antes de ver al médico. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento.

**Con respecto a su seguro:** su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Podemos o no elegir aceptar la cesión de sus beneficios de seguro. No podemos facturar su seguro a menos que nos proporcione su información de seguro más actualizada. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, de los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos y no considerados razonables y necesarios bajo el Programa de Medicare y / u otro seguro médico. Si el tratamiento no es un beneficio cubierto bajo su póliza, el saldo se hará exigible y pagadero por usted en el momento de la entrega. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, giro postal y Visa / MasterCard.

**Con respecto a los planes de seguro donde no somos proveedores participantes:** Le notificaremos con antelación si no somos proveedores participantes. Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede optar por no pagar si no tiene beneficios fuera de la red. Le notificaremos en el momento del servicio si esta opción está disponible bajo su plan. Si es así, existe la posibilidad de que su desembolso personal sea más alto que el de un proveedor participante.

**Tarifas habituales y habituales / Recuperación de pagos:** Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Cobramos lo que es habitual y habitual en nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas habituales y acostumbradas. También estoy de acuerdo en que, en el caso de que no cumpla con mi obligación financiera, yo asumiré el costo de la recaudación y / o los costos judiciales y honorarios legales razonables si se requiere tal acción. También estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo será válida como el original.

Gracias por entender nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído la Política Financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta Política Financiera.

---

Firma del Paciente o Parte Responsable

---

Fecha

**Todos los copagos / deducibles son debidos en el momento de la entrega.**

Bionics **NO** proporciona servicios de alquiler.

Un cargo de **\$ 20.00** se le hará a usted, si usted es un no llamar no show. Recomendamos encarecidamente llamar a nuestra oficina y cancelar cualquier cita con nosotros **24** horas de antelación.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### PARA BIONICOS ORTOPEDIA Y PROSTODONCIA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con

Kevin E. Calvo CPO (858)270-9972

### NUESTRO COMPROMISO PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. Su "información de salud protegida" se refiere a su información de salud escrita y oral, incluidos los datos demográficos que pueden utilizarse para identificarlo. Esta es información de salud creada o recibida por su proveedor de atención médica, y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura.

Estamos firmemente comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro médico sobre su atención porque necesitamos el registro para proporcionarle el tratamiento adecuado y cumplir con varios requisitos legales. Transmitimos cierta información médica sobre su atención para obtener el pago de los servicios que recibe, y usamos cierta información en nuestras operaciones diarias. Este aviso le permitirá conocer las diversas formas en que usamos y divulgamos su información médica, describimos sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y / o divulgación de su información médica. También le pediremos que acuse recibo de este Aviso la primera vez que visite nuestro establecimiento porque la ley nos exige que hagamos un esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento.

Estamos obligados por ley a:

Asegúrese de que cualquier información médica o de salud que tengamos que lo identifique se mantenga privada,

y será utilizado o divulgado solo de acuerdo con este Aviso de Prácticas de Privacidad y la ley aplicable;

Darle este Aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad; y

Cumplir con los términos del Aviso o las Prácticas de privacidad que están en vigencia de vez en cuando.

#### 1. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

## A. Usos y divulgaciones de información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Su Orthotist o Prosthetist, nuestro personal de la oficina y otras personas externas a nuestra oficina que estén involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de brindarle servicios de atención médica pueden usar y divulgar su información de salud protegida. Su información de atención médica protegida también puede usarse y divulgarse para pagar sus facturas de atención médica y para respaldar el funcionamiento de esta instalación.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de atención médica protegida que esta instalación puede realizar. Hemos proporcionado algunos ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones que podemos realizar, pero no todos los usos o divulgaciones en cualquiera de las siguientes categorías se enumerarán.

**Para el tratamiento:** Utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier tratamiento relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, al médico que lo remitió a nosotros. También divulgaremos información de salud protegida a otros proveedores de atención médica que puedan estar tratándolo.

**Para el pago:** se usará su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que recomendamos para usted, tales como; hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de beneficios de seguro, revisar servicios prestados a usted por necesidad médica y llevar a cabo actividades de revisión de utilización. También podemos informarle a su plan de salud sobre un dispositivo ortopédico o protésico que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar el tiempo en que su plan cubrirá el dispositivo.

**Para operaciones de atención médica:** podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida a fin de respaldar las actividades comerciales de esta instalación. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, servicios legales, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Podemos compartir su salud protegida información con un tercero "socios comerciales" que realizan diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción) para esta instalación. Siempre que un acuerdo entre nuestra instalación y nuestro asociado comercial implique el uso o la divulgación de su información de salud protegida, tendremos un contrato por escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

**Alternativas de tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Firme en Hojas: Podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre. También podemos llamar su nombre en la sala de espera cuando el practicante esté listo para verlo.

Servicios y beneficios relacionados con la comercialización y la salud: también podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras actividades de marketing. Por ejemplo, podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para usted. Puede comunicarse con Kevin Calvo para solicitar que estos materiales no le sean enviados.

Venta de la práctica: si decidimos vender esta práctica o fusionarnos o combinarla con otra práctica, podemos compartir su información de salud personal con los nuevos propietarios.

B. Usos y divulgaciones de información de salud protegida según su autorización escrita.

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita o exija lo contrario, como se describe a continuación. Puede revocar nuestra autorización, en cualquier momento, por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ningún uso o divulgación que hayamos realizado con la autorización antes de recibir su revocación por escrito y que debemos mantener un registro de la atención médica que se le ha brindado. La autorización es un documento separado y tendrá la oportunidad de revisar cualquier autorización antes de firmarla. No condicionaremos su tratamiento de ninguna manera con la firma o no de una autorización.

C. Otros usos permitidos y requeridos y divulgaciones que pueden hacerse ya sea con su acuerdo o la oportunidad de rechazar.

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida en las siguientes instancias. Usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o la divulgación de toda o parte de su información de salud protegida. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o la divulgación de la información de salud protegida, entonces el profesional que la trata puede, utilizando su juicio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En este caso, solo se divulgará la información de salud protegida que sea relevante para su atención médica.

Otros involucrados en su atención médica: a menos que objete, divulgamos a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, oralmente o por escrito, su información de salud protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su cuidado de la salud. Si no puede aceptar u objetar tal divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable del cuidado de su ubicación o condición general.

D. Otros usos y divulgaciones permitidas y requeridas que pueden realizarse sin su autorización u oportunidad de objeción

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización o proporcionándole la oportunidad de objetar.

**Requerido por ley:** podemos usar o divulgar su información de salud protegida en la medida en que la ley federal, estatal o local exija el uso o la divulgación. El uso o la divulgación se hará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, según lo exija la ley, sobre dichos usos o divulgaciones.

**Salud pública:** podemos divulgar su información de salud protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que está permitida por ley para recopilar o recibir la información. La divulgación se realizará con el propósito de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Una revelación bajo esta excepción solo se haría a alguien en una posición para ayudar a prevenir la amenaza a la salud pública.

**Enfermedades transmisibles:** Podemos divulgar su información de salud protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otra manera esté en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.

**Supervisión de la salud:** podemos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios del gobierno, otros programas reguladores del gobierno y leyes de derechos civiles.

**Abuso o negligencia:** podemos divulgar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar su información de salud protegida si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. Solo haremos esta divulgación si acepta o cuando lo requiera o autorice la ley. En este caso, la divulgación será consistente con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

**Militares y veteranos:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud protegida sobre usted según lo requieran las autoridades de comando militar.

**Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar su información de salud protegida a una persona o compañía requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar eventos adversos, defectos o problemas del producto, desviaciones de productos biológicos,

seguimiento de productos; para permitir retiros de productos; para hacer reparaciones o reemplazos, o para realizar una vigilancia posterior a la comercialización, según sea necesario.

**Procedimientos legales:** Podemos divulgar su información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a una citación judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley:** también podemos divulgar su información de salud protegida, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, con fines policiales. Estos propósitos de aplicación de la ley pueden incluir (1) procesos legales y requeridos por ley, (2) solicitudes de información limitadas para fines de identificación y ubicación, (3) pertenecientes a víctimas de un delito, (4) sospecha de que ha ocurrido una muerte como resultado de conducta criminal, (5) en caso de que ocurra un delito en las instalaciones de la práctica, y (6) emergencia médica (no en las instalaciones de la instalación) y es probable que haya ocurrido un delito.

**Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** podemos divulgar su información de salud protegida a un médico forense o forense para fines de identificación, determinar la causa de la muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar información de salud protegida a un director de funeraria, según lo autorice la ley, a fin de permitir que el director de funeraria pueda llevar a cabo sus tareas. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La información de salud protegida se puede usar y divulgar para la donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

**Investigación:** bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información de salud protegida.

**Actividad criminal:** De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información de salud protegida, si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o el público. También podemos divulgar información médica protegida si es necesario que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.

**Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar información de salud protegida de individuos que sean personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que las autoridades militares competentes del comando consideren necesarias; (2) a los efectos de una determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para beneficios, o (3) a la autoridad militar extranjera si usted es miembro de esos servicios militares extranjeros. También podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios



federales autorizados para el acondicionamiento de actividades de inteligencia y seguridad nacional, incluida la prestación de servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

**Compensación del trabajador:** Podemos divulgar su información de salud protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación del trabajador y otros programas similares legalmente establecidos que proporcionan beneficios para enfermedades relacionadas con el trabajo y lesiones

**Reclusos:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida si usted es un recluso de un establecimiento correccional y su profesional médico creó o recibió su información de salud protegida en el curso de la prestación de atención para usted.

**Usos y divulgaciones requeridos:** Según la ley, debemos divulgar su información y cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos lo requiera para investigar o determinar si cumplimos con los requisitos de la regla final sobre Normas de privacidad de la salud de identificación individual. Información.

## 2. SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

A continuación se incluye una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida contenida en sus registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su profesional médico utilice para tomar decisiones sobre usted, siempre y cuando mantengamos la información de salud protegida.

Para inspeccionar y copiar su información médica, debe enviar una solicitud por escrito al contacto de privacidad que figura en la primera y la última página de este aviso. Si solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros costos incurridos por nosotros en el cumplimiento de su solicitud.

Podemos denegar su solicitud en situaciones limitadas especificadas en la ley. Por ejemplo, no puede inspeccionar ni copiar notas de psicoterapia; o información compilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y cierta otra información de salud protegida específica definida por la ley. En algunas circunstancias, puede tener derecho a que se revise esta decisión. La persona que realiza la revisión no será la persona que inicialmente negó su solicitud. Cumpliremos con la decisión en cualquier revisión. Comuníquese con nuestro contacto de privacidad si tiene alguna pregunta sobre el acceso a su registro médico.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida se divulgue a familiares o amigos que puedan estar

involucrados en su atención o para fines de notificación según se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su Orthotist o Prosthetist no está obligado a aceptar una restricción que puede solicitar. Si su médico cree que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. Si su médico acepta la restricción solicitada, no podremos utilizar o divulgar su información de salud protegida en violación de esa restricción, a menos que sea necesaria para proporcionar un tratamiento de emergencia. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que desee solicitar con su médico.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Aceptaremos solicitudes razonables. También podemos condicionar este alojamiento solicitando su información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le pediremos una explicación sobre la base de esta solicitud. Haga esta solicitud por escrito a nuestro contacto de privacidad.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitar una modificación de su información de salud protegida contenida en sus registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su profesional médico utilice para tomar una decisión sobre usted, siempre y cuando mantengamos la información de salud protegida. Debe enviar su solicitud de modificación por escrito a nuestro contacto de privacidad y proporcionar la razón o los motivos que respaldan su solicitud.

Podemos denegar cualquier solicitud que no esté por escrito o no indique un motivo que respalde la solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación de cualquier información que:

1. No fue creado por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible para modificar la información;
2. No es parte de la información de salud protegida guardada por nosotros o para nosotros;
3. No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o
4. No es preciso y completo.

Si negamos su solicitud de enmienda, lo haremos por escrito y le explicaremos los motivos de la denegación. Tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito con nosotros. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro contacto de privacidad para determinar si tiene preguntas sobre la modificación de su registro médico.

Tiene derecho a recibir un Informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si corresponde, de su información de salud protegida. Este derecho solo se aplica a las divulgaciones para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en este Aviso de prácticas de

privacidad. También excluye las divulgaciones que hayamos podido hacerle a usted, a miembros de la familia o amigos involucrados en su cuidado, o con fines de notificación. Tiene derecho a recibir información sobre estas divulgaciones que se produjeron después del 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Debe enviar una solicitud por escrito de divulgaciones por escrito al contacto de privacidad. Debe especificar un período de tiempo, que no puede ser mayor de 6 años y no puede incluir ninguna fecha anterior al 14 de abril de 2003. Puede solicitar un período de tiempo más corto. Tiene derecho a una solicitud gratuita dentro de un período de 12 meses, pero podemos cobrarle por cualquier solicitud adicional dentro del mismo período de 12 meses. Le notificaremos sobre los cargos que deberá pagar, y puede retirar o modificar su solicitud por escrito antes de incurrir en algún cargo.

Tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso, a pedido de nuestro contacto de privacidad, o en persona en nuestra oficina, en cualquier momento, incluso si ha aceptado este aviso electrónicamente. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, [www.bionicsoandp.com](http://www.bionicsoandp.com).

### 3. QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad acerca de su queja. No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja, ni con nosotros ni con el Secretario.

Puede comunicarse con nuestro contacto de privacidad, Kevin E. Calvo CPO FAAOP al (858)270-9972 o [bionics@sbcglobal.net](mailto:bionics@sbcglobal.net) para obtener más información sobre el proceso de reclamo.

### 4. CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso de prácticas de privacidad. También nos reservamos el derecho de aplicar estos cambios retroactivamente a la Información de salud protegida recibida antes del cambio en las prácticas de privacidad. Puede obtener una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia revisada por correo, solicitando una en el momento de su próxima cita o accediendo a nuestro sitio web.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 14 de abril de 2003.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y / O  
NORMAS DE PROVEEDORES DE MEDICARE**

Certifico que he leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Bionics Orthotics and Prosthetics. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que podrían ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de Bionics. La Notificación de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Bionics con respecto a mi información de salud protegida. El aviso de prácticas de privacidad se publica en cada ubicación de Bionics.

Bionics se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia revisada por correo, solicitando una en mi próxima cita o puedo verla en el sitio web de bionics en [www.bionicsoandp.com](http://www.bionicsoandp.com).

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Personal

3737 Moraga Avenue, Suite B107

San Diego, CA 92117

858-270-9972

858-270-6560 (fax)

**SOLICITUD CONFIDENCIAL DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Entiendo que la siguiente versión debe utilizarse entre Bionics Orthotics y Prosthetics y mi médico que prescribe, para obtener registros, si es necesario, para proporcionar información a Bionics oa mi compañía de seguros. Entiendo que tengo el derecho de revocar o cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción).

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito que mis expedientes médicos sean puestos en libertad a:

Bionics Orthóticos y Prótesis

3737 Moraga Avenue, Suite B107

San Diego, CA 92117

858-270-9972

858-270-6560 (fax)

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

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

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA NINETAS (90) DIAS DESPUÉS DE SER FIRMADA**