



Live Vibrantly.

## VIBRANTCARE REHABILITATION AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE LA PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPLICA COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REPASE CON CUIDADO.

Los términos de este Aviso sobre las Prácticas de la Privacidad aplica a “VibrantCare Rehabilitation” y cada una de sus subsidiarias, afiliados y entidades dirigidas o controladas por “VibrantCare rehabilitation”, incluyendo la oficinas de la corporación y sus empleados. Todas las entidades compartirán la información personal de salud de los pacientes cuando sea necesario para llevar a cabo los tratamientos, pagos y el cuidado de salud permitido por la ley.

Nosotros estamos requeridos por la ley de mantener la privacidad de la informacion personal de salud de todos nuestros pacientes y de darles a conocer por este medio de nuestra obligacion legal y prácticas privadas con respecto a la información personal de salud. Nosotros estamos requeridos a cumplir con los términos de este Aviso mientras este permanezca en efecto. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso sobre las Prácticas de la Privacidad cuando sea necesario y poner en efecto un nuevo Aviso referente a toda la información personal de salud mantenida por “VibrantCare Rehabilitation”. También estamos requeridos de informarle a usted que puede haber una disposición de la Ley del Estado referida a la privacidad de su información de salud que pueda ser de un nivel o requerimiento más estricto bajo el “Federal Health Portability y Accountability Act”. Una copia de cualquier cambio en el Aviso sobre las Prácticas de la Privacidad o información perteneciente a una específica ley del Estado puede ser obtenida por correo al “VibrantCare Rehabilitation 1090 Sunrise Ave #140, Roseville, CA 95661.”

### USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD

**AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO:** Con la excepción de lo siguiente, nosotros no usaremos o divulgaremos su información personal de salud por ningún otro propósito que no sea para el tratamiento, pago o cuidado de su salud, a no ser que usted haya firmado un formulario autorizando su uso y divulgación. Usted tiene el derecho de revocar esa autorización por escrito, teniendo en cuenta si nosotros tomamos alguna acción confiados en la autorización.

**USOS Y DIVULGACION PARA TRATAMIENTOS:** Con su consentimiento, nosotros usaremos y divulgaremos su información personal de salud si es necesario para su tratamiento. Doctores, enfermeras y otros profesionales involucrados en su cuidado usarán información de sus registros médicos y la información que usted nos de sobre sus síntomas y reacciones sobre el curso de tratamientos que puedan incluir procedimientos de medicamentos, exámenes, historia médica, etc.

**USOS Y DIVULGACION PARA PAGOS:** Con su consentimiento, nosotros usaremos y divulgaremos su información personal de salud si es necesario para el propósito de pagos. Durante el curso normal de las operaciones financieras. Nosotros podemos adelantar información referente a sus procesos médicos y tratamientos a su compañía de seguro para arreglar el pago por los servicios proveídos a usted. Nosotros usaremos su información para preparar una factura y mandársela a usted o a la persona responsable por su pago.

**USO Y DIVULGACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO DE SALUD:** Con su consentimiento, usaremos y divulgaremos su información personal de salud si es necesario y como es permitido por la ley, sobre los procedimientos del cuidado de la salud, lo cual puede incluir mejoramientos clínicos, revisión de los profesionales, gerentes de negocios, acreditación y licencia, etc. Por ejemplo, nosotros podemos usar y divulgar su información personal de salud con el propósito de mejorar los tratamientos clínicos y cuidado del paciente.

**INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN SU CUIDADO:** Con su consentimiento por escrito u oral nosotros de vez en cuando podemos divulgar su información personal de salud, a su familia, amistades u otras personas designadas por usted que estén involucradas en su cuidado o el pago de su cuidado a manera de facilitarle a esas personas su cuidado o pagar por su cuidado. Si usted no está disponible, incapacitado o está enfrentando una situación de emergencia médica y nosotros determinamos que una limitada divulgación puede ser en su mejor interés, nosotros podemos compartir información limitada de su salud personal con los individuos involucrados sin su aprobación. También nosotros podemos divulgar información limitada de su salud personal a una entidad pública o privada que esté autorizada a asistir en desastres de realizar esfuerzos a fin de que esta entidad pueda localizar a un miembro de su familia u otras personas que estén involucradas en algún aspecto de su cuidado.

**ASOCIADOS DE NEGOCIOS:** Algunos aspectos y componentes de nuestros servicios son realizados por contratos con personas y organizaciones externas, como auditores de cuentas, agencias de acreditación, colección de datos, servicios legales etc. De cuando en cuando sería necesario suministrar su información personal de salud a una o más de estas personas u organizaciones externas las cuales nos asisten en el funcionamiento del cuidado de la salud. En todos los casos nosotros requerimos de estos asociados de negocio que salvaguarden apropiadamente la privacidad de su información.

**CITAS Y SERVICIOS:** Nosotros podemos comunicarnos con usted para recordarle sobre sus citas o darle información sobre sus tratamientos u otros beneficios y servicios que tengan que ver con su salud y que sea de interés para usted. Usted tiene el derecho de

pedir esta información y nosotros complaceremos razonablemente su petición de recibir comunicaciones sobre su información personal de salud de parte de nosotros por medios o sitios alternativos. Por ejemplo, si usted desea que el recordatorio de sus citas no sean dejados en su grabación telefónica o sea enviado por correo a una dirección particular, nosotros trataremos de complacer razonablemente en su petición. También Ud. tiene el derecho de solicitar de que no le mandemos en el futuro materiales comerciales y realizaremos nuestros mejores esfuerzos en honrar su petición. Usted puede hacer su solicitud mandando su nombre y dirección al "VibrantCare Rehabilitation 1090 Sunrise Ave #140, Roseville, CA 95661".

**INVESTIGACION:** En circunstancias limitadas, nosotros podemos usar y divulgar su información personal de salud para propósitos de investigaciones. En todos los casos donde su autorización no es específicamente obtenida, su privacidad será protegida por estrictos requisitos de confiabilidad aplicados por un Consejo de Revisión Institucional el cual supervisarán las investigaciones o por representaciones de investigadores que limiten el uso y divulgación de la información del paciente.

#### OTROS USOS Y DIVULGACION:

A nosotros es permitido y/o requerido por la ley de hacer otros ciertos usos y divulgación de su información personal de salud sin su consentimiento o autorización según lo siguiente:

- Cualquier propósito requerido por la ley.
- Actividades de salud pública, como el requisito de reportar alguna enfermedad, herida, nacimiento y muerte o investigaciones de salud pública requeridas.
- Si se sospecha del abuso de niños o negligencia; si creemos que usted es víctima de abuso, descuido o de violencia doméstica.
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos para reportar eventos adversos, productos defectuosos o la participación en el retiro del mercado de esos productos.
- A su empleador cuando le hemos suministrado cuidado de salud a usted a petición de su empleador
- A la Agencia de Vigilancia Gubernamental que conduce auditorías de cuentas, investigaciones, o procesos civiles y criminales.
- Citaciones judiciales y administrativas ordenadas o averiguaciones solicitadas.
- A oficiales de la ley como es requerido por la ley de reportar heridas, daños y crímenes.
- A médicos forenses y/o directores de funerarias consistentes con la ley.
- Si es necesario hacer arreglos para una donación de órganos o tejidos de su parte o un trasplante para usted.
- Si usted es miembro de la fuerza militar, también nosotros podemos entregar su información personal de salud por la seguridad nacional o actividades de inteligencia y
- Agencias de Compensación de Trabajadores para determinar los beneficios de compensación de los trabajadores.

#### DERECHOS QUE USTED TIENE RELATIVO A SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD

**ACCESO A SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD:** Usted tiene el derecho de copiar y/o inspeccionar parte de la información personal de salud que nosotros retenemos en beneficio de Ud.. Todas las peticiones para su acceso deben de ser por escrito y firmado por usted o su representante legal. Usted puede obtener un formulario de "Acceso de Información de Salud del Paciente" preguntándole a la administradora en la oficina.

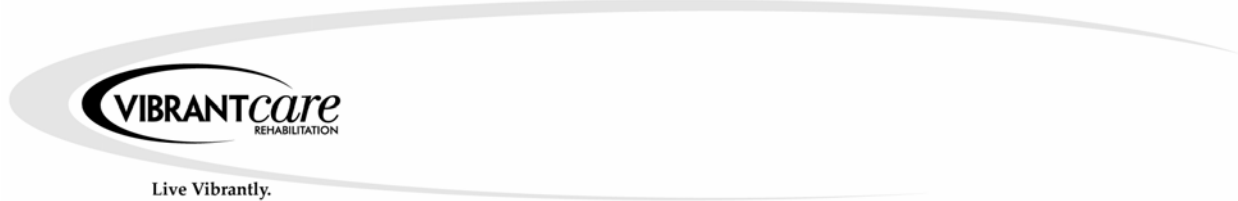
**ENMIENDAS A SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD:** Usted tiene el derecho de pedir por escrito de que su información personal de salud la cual es mantenida por nosotros sobre usted, sea corregida o enmendada. Nosotros no estamos obligados a hacer todas las correcciones solicitadas pero le daremos a cada petición una cuidadosa consideración. Todas las solicitudes de enmiendas tienen que ser por escrito, firmada por usted o su representante legal y debe establecer las razones para las enmiendas y correcciones solicitadas. Si una enmienda o corrección es realizada nosotros podemos notificar a otros quienes trabajan con nosotros, si creemos que esta notificación es necesaria. Usted puede obtener un "Formulario de Solicitud de Enmiendas" preguntándole a la administradora en la oficina o al individuo responsable de su registro médico.

**DECLARACION DE SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD:** Usted tiene el derecho de recibir un estado de cuenta de una declaración de su información personal de salud hecha por nosotros después del 14 de abril del 2003. Las solicitudes deben ser por escrito y firmados por usted o su representante legal. "Formularios de Solicitud del Estado de Cuentas" pueden ser obtenidos preguntándole a la administradora en la oficina o al individuo responsable de su registro médico. El primer estado de cuentas en un período de 12 meses es gratis; a usted se le cobrará una cuota por cada subsiguiente estado de cuenta que usted requiera en el período de 12 meses. Usted será notificado del costo al momento que usted haga la solicitud.

**RESTRICCION EN EL USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD:** Usted tiene el derecho de pedir restricciones en el uso y divulgación de su información personal de salud para tratamientos, pagos o del cuidado de salud. Nosotros no estamos requeridos el estar de acuerdo con su solicitud de restricciones, pero intentaremos acomodar su petición razonablemente cuando sea apropiado. Nosotros mantenemos el derecho de terminar un acuerdo de restricciones si nosotros creemos que esa terminación es apropiada. En el caso de una terminación por nosotros le notificaremos a usted de tal terminación. Usted también tiene el derecho de terminar, por escrito u oralmente cualquier acuerdo de restricción mandando tal aviso de terminación al individuo responsable de los registros médicos.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## Los Accesos Del Negocio Al Implicado Los Individuos En Hospitalizado

*Pueden ser las epocas en que es necesario para un individuo implicado directamente en su cuidado para llamar la facilidad o la oficina central de la facturacion para investigar sobre su informacion personal de la salud o la informacion de la facturacion. Tomar por favor algunos momentos para llenar el formulario este.*

***Autorizo la rehabilitacion de NovaCare para divulgar mi informacion de la salud que se relacione directamente con mi tratamiento actual en Medical selectos Corporation a los individuos enumerados abajo con objeto de su papel en mi tratamiento o el pago para los servicios medicos que he recibido.***

Tales personas implicadas en su cuidado pueden incluir a esposos, los ninos, los parientes de la sangre, los companeros de cuarto, los novios o las novias, los socios domesticos, los vecinos y los colegas.

Nombre	Relacion

**No deseo mi informacion de la salud divulgar a los individuos implicados en mi cuidado.**

Nombre	Relacion

\_\_\_\_\_  
**Signatura del paciente ( o el representante )**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

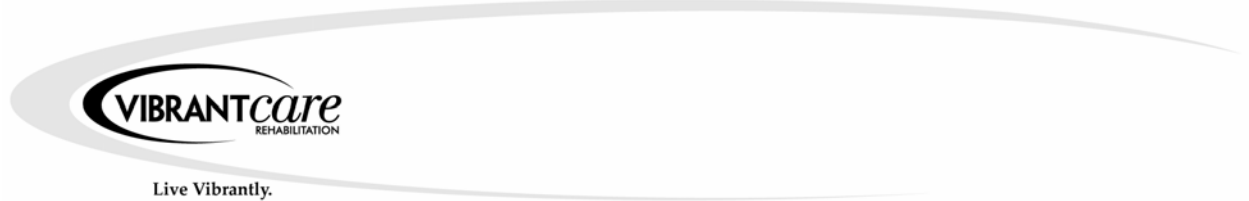
Se eres el representante de paciente, compruebas el alcance de su autoridad para actuar en favor de paciente:

- Energia del                       Padre del                       Responsable del sustituto  
 Guarda del                       Abogado del representante legal     O otra \_\_\_\_\_

Proporciona o explicacion de su autoridad a actuar para el paciente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Forma de la Historia Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Está trabajando actualmente?  Sí  No Próxima visita con su médico: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de lecion: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Ha tenido estos síntomas antes?  Sí  No

Marque cuales sintomas se le aplican a usted:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Daño en el trabajo    | <input type="checkbox"/> Reparacion de dano                | <input type="checkbox"/> Incidente relacionado a una caida |
| <input type="checkbox"/> Accidente de vehiculo | <input type="checkbox"/> Incidente relacionado al levantar | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Causa desconocida     | <input type="checkbox"/> Atletico                          |  |

¿Ha tenido una operación relacionada?  Sí  No

¿Tiene o a tenido algo de lo siguiente?

	Sí	No		Sí	No
Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a la aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho/ ahogado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias o no tolerancia al frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitación del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque repentino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcopaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantes de metal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estas embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirujías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunciones Sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea/ Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame del orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/Dificultades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higado/Problemas con la visicula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dietas Especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: _____		

***Si a contestado si a cualquiera de las preguntas, Por favor de explicar y dar aproximadamente la fecha:***


¿Hay otra informacion sobre su salud medica que debemos saber?


¿Está tomando medicación?  Sí  No

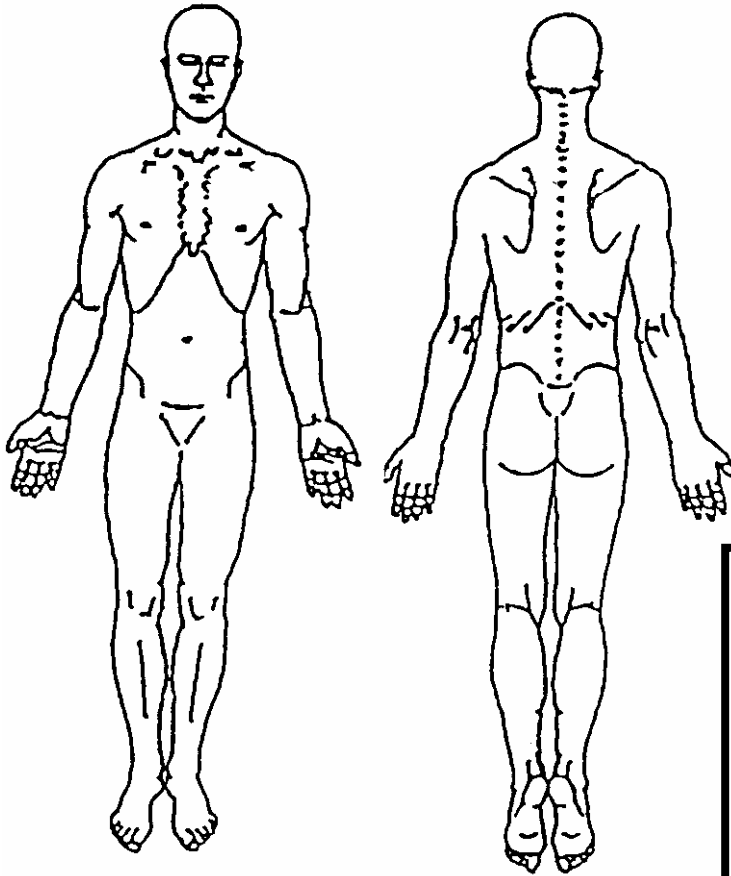
Si sí, Por favor indique cuales medicinas y para cuales condiciones:


¿Participa en deportes, programas de ejercicio o actividades regular mente?  Sí  No

Los servicios de una trabajadora social estan disponibles por VibrantCare.

Por favor indique si necesita este servicio.  Sí  No

Por favor indique abajo donde tiene los sintomas.



**Clave:**

**Adormecido** =====

**Piquetes** ooooooo

**Ardor** xxxxxxxx

**Punaladas** //////////////

Si tiene dolor, Por favor indique de una escala de 0 a 10, 0 indica nada de dolor y 10 indica dolor máximo:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del guardian si el paciente es menor de  
edad

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Terapista

\_\_\_\_\_  
Fecha / /