
S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

BIENVENIDOS A SAN TAN ALERGIA Y ASMA

Gracias por elegir nuestra oficina médico usted. Los proveedores y el personal de San Tan Allergy & Asthma se esfuerzan por ofrecer un cuidado de alta calidad para los pacientes afectados por una variedad de condiciones alérgicas e inmunológicas como el asma, la dermatitis atópica, alergias a los alimentos, la rinitis alérgica (fiebre del heno), urticaria, angioedema e inmune síndromes de deficiencia. Creemos en un enfoque centrado en el paciente, que cada paciente es único y su gestión es individualizada. Utilizamos un concepto basado en la evidencia y la oferta tecnológica de vanguardia para adaptar nuestros planes de tratamiento que se adaptan a las necesidades de nuestros pacientes. Todos nosotros en San Tan Allergy & Asthma disfrutamos de lo que hacemos y esperamos que eso se note!

Su nueva visita del paciente tomará alrededor de 1-2 horas. Para evitar demoras, por favor tenga todo el papeleo Paciente Nuevo completado a través del portal del paciente antes de su visita inicial. Traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto con usted a su visita. Amablemente llegar a la hora de entrada. Si llega tarde, se le puede pedir a una nueva cita. Si necesita cambiar su cita, por favor nos da aviso de 24 horas. Para las visitas que se pierden sin un aviso de 24 horas, es posible que un cargo de \$ 50.00.

Estamos situados en el lado sur de Baseline (al oeste de Safeway), al oeste de Higley en Claiborne, en Gateway Professional Medical Village, Suite 112.

Si usted tiene algunos registros relacionados con su visita de un alergista anterior o su médico de referencia, por favor traiga con usted.

Esperamos contar con usted. Si usted tiene cualquier pregunta antes de su cita, por favor no dude en llamarnos al 480-626-6600.

¡Gracias!

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino _____ Hembra _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono de la oficina: _____

Dirección del PCP: _____ Referido por: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

Raza: Caucásico, Afroamericano, Amerindio, Asiático, Hispánico

Origen étnico: Caucásico, Afroamericano, Indio, Asiático, Hispánico, Isleño del Pacífico, Indias orientales

Idioma preferido: Inglés, Español, ASL, Otro: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Cruce de caminos: _____

Nombre del cónyuge: _____ Teléfono: _____ Celda: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

¿A quién notificar en caso de emergencia? _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Método preferido de contacto: _____

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

SEGURO

Seguro primario: _____ Dirección: _____

Identificación # _____ Grupo # _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Asegurados SS# _____

Seguro Secundario: _____ Dirección: _____

Identificación # _____ Grupo # _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Asegurados SS# _____

PACIENTES PEDIÁTRICOS (MENORES DE 18 AÑOS)

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Celda: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador, dirección y teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono: _____ Celda: _____

_____ Correo electrónico: _____ Dirección: _____

Nombre del empleador, dirección y teléfono: _____

Autorizo la divulgación de información médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Autorizo la transmisión por fax de registros médicos, si es necesario. Autorizo el pago de beneficios de seguro a San Tan Allergy & Asthma. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. El Aviso de privacidad de HIPPA para San Tan Allergy & Asthma me ha sido entregado.

Firma del paciente/responsable: _____ Fecha: _____

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

POLÍTICA FINANCIERA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Que le permite saber de antemano de nuestra política de la oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite alcanzar nuestro objetivo. Por favor lea esto cuidadosamente y si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

1. A su llegada, por favor registrarse en la recepción y presente su tarjeta de seguro vigente en cada visita. Se le pedirá que firme y salí con la copia de archivos de la tarjeta. Esta es su verificación del seguro y el consentimiento para facturar a ellos en nombre de usted o su asegurado correcta. **INICIALES** _____
2. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable por cualquier y todos los co-pagos, deducibles y coseguros. **INICIALES** _____
3. Vamos a presentar a su seguro secundario, como una cortesía para usted. Si la secundaria no cubre el saldo adeudado del seguro principal, **USTED ES RESPONSABLE DE LAS BALANZAS POR SU CUENTA. INICIALES** _____
4. Es su responsabilidad entender su plan de beneficios de seguro, y para saber si se requiere una derivación o autorización por escrito para consultar a especialistas. Su seguro talvez se requiere una autorización previa antes de un procedimiento. Nosotros le instamos encarecidamente ponerse en contacto con su compañía de seguros antes de su cita para la cobertura detallada de beneficios, limitaciones políticas, y los servicios no cubiertos. **INICIALES** _____
5. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, el pago total se espera de usted en el momento de su visita al consultorio. Para las citas programadas, los saldos anteriores deben ser pagados antes de su próxima cita. **INICIALES** _____
6. Si usted no tiene seguro, el pago por su visita al consultorio se debe pagar en el momento de la visita. **INICIALES** _____
7. Los co-pagos son debidos en el momento del servicio. Si usted deja de tener su co-pago se le puede pedir a una nueva cita. **INICIALES** _____
8. Citas perdidas no sólo le afectan, pero otros pacientes en espera de ser visto. Si usted no puede asistir a su cita, se requiere un aviso de 24 horas para cancelar lo que podemos abrir este tiempo para otros pacientes para programar. Si usted no llama dentro de las 24 horas que esté sujeto a una tarifa de \$ 25.00. **INICIALES** _____
9. Si los acuerdos no se han hecho con nuestro departamento de facturación, el saldo más de 90 días está sujeto a ser colocado con nuestra agencia de cobros. Usted será responsable de los gastos de recaudación o cargos relacionados con el cobro de esta deuda. **INICIALES** _____
10. Una cuota de \$ 25.00 se le cobrará por cualquier cheque devuelto, junto con los gastos bancarios ocasionados. **INICIALES** _____
11. Si solicita una copia de Registros Médicos habrá un cobro de \$0.50 por cada página. **INICIALES** _____

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

12. Si tiene formularios que necesita para ser completado y firmado por el médico o el personal puede estar sujeto a una tarifa de \$ 25.00 dependiendo de la hora para el médico para revisar, y la complejidad de la forma. **INICIALES** _____

13. En el dado caso que tu medico recomienda un estudio de ENO (oxido nitrico exhalado), en forma de cortesia, yo comprendo que cobrado a mi aseguranza primero y en dado caso que no lo pagaran, yo sere responsable por pagar el cost de \$26.00 **INICIALES** _____

He leído y entiendo San Tan Allergy & Asthma Política Financiera y comprometerse a cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que sea exigible según se describe anteriormente.

Nombre del paciente (s) _____ DOB _____

Nombre de miembro del partido Responsable _____ Relación _____

Firma de miembro del partido Responsable _____ Fecha _____

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE

Dado que la legislación de HIPAA entró en vigor en abril de 2003, ya no estamos autorizados a asumir automáticamente que nuestros pacientes nos autoriza a dar información sobre su atención a nadie más que a sí mismos. Ni siquiera a los padres de los pacientes de 18 años de edad, abuelos o a niñeras. Por esa razón, por favor escriba los nombres de todos los miembros de la familia, los amigos, enfermera de la escuela, etc, que usted nos da permiso para divulgar la información acerca del paciente. Si alguien no está en este cuestionario y nos llama o nos pide información sobre el paciente (incluso para la información tan básica como la fecha de su próxima cita o cómo dar un medicamento), vamos a tener que negarle esa información hasta que tengamos en escrito su permiso para hacerlo.

Yo autorizo y acepto que San Tan Allergy & Asthma puede divulgar mi información de salud protegida a lo siguientes:

Nombre

Relación

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Autorización para la Divulgación de Información

Yo doy permiso para dejar un correo de voz detallado en relación con:

Toda la información sobre mi cuidado médico en San Tan Allergy & Asthma

O sólo lo siguiente:

- Información de Medicamentos / Farmacia
- Resultados de análisis / pruebas / resultados de radiología
- La información relativa a las pruebas/ citas / inyecciones para las alergias
- Información de su aseguanza médica / facturación

En el siguiente teléfono(s): _____

Reconozco y acepto que San Tan Allergy & Asthma puede divulgar mi información de salud protegida a las personas o número de teléfono indicado en este formulario, a menos que decida a parar la divulgación por escrito a San Tan Allergy & Asthma.

Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____
(En letra de imprenta)

Firma _____ **Fecha** _____
(Firma del paciente, padre o gardian legal)

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

POLÍTICA DE CONDUCTA APROPIADA

La intención de San Tan Allergy & Asthma es proporcionar un lugar de trabajo seguro para los empleados y proporcionar un ambiente cómodo y seguro para los pacientes y otras personas con las que hacemos negocios. Para lograr esto, tratamos a todos nuestros pacientes con dignidad y respeto, y pedimos lo mismo a nuestros pacientes.

Es la expectativa de nuestra oficina que los pacientes se adhieran a los siguientes comportamientos apropiados, incluyendo, pero no limitado a la siguiente lista:

- Usar un tono normal de habla al hablar con el personal
- Tratar a todo el personal con dignidad y respeto, ya sea en la clínica o por teléfono
- Usar el lenguaje apropiado al hablar en la clínica o por teléfono
- Ser respetuoso con la propiedad y los suministros de la práctica

Dependiendo de las circunstancias específicas, San Tan Allergy & Asthma puede considerar ciertos comportamientos en violación de esta política. La violación de esta política puede resultar en asesoramiento verbal y / o despido de la práctica.

Al firmar a continuación, reconozco la información anterior y acepto cumplir con estas pautas para una conducta apropiada.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente\padre\tutor legal

Fecha

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

AVISO DE PRÁCTICAS DE 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.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad en San Tan Allergy & Asthma.

NUESTRO COMPROMISO CON LA INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted reciba en San Tan Allergy & Asthma. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestra práctica. Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y revelación de la información médica.

Estamos obligados por ley a:

asegurarse de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;

- le demos este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- seguir los términos de este aviso que está actualmente en vigor.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar la información de salud que usted ("Información de Salud") identifica. Salvo para los fines que se describen a continuación, vamos a utilizar y divulgar información de salud solamente con su permiso por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

➤ **Para tratamiento.** Podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y para ofrecerle los servicios de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas las personas fuera de nuestra oficina, que están involucrados en su atención médica y necesitan la información para brindarle atención médica.

➤ **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Podemos usar y divulgar información médica para propósitos de operaciones de cuidado de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, también podemos combinar información médica sobre muchos pacientes San Tan Allergy & Asthma para decidir los servicios de nuestra práctica debe ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de atención médica.

➤ **Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos utilizar y divulgar su información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.

➤ **Para el pago.** Podemos usar y divulgar información de salud a fin de que nosotros u otros puedan facturar y recibir el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos dar información a su plan de salud sobre usted para que puedan pagar por su tratamiento.

➤ **Los individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención.** Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que esté involucrado en su atención médica o pago de su cuidado, como su familia o un amigo cercano. También podemos informar a su familia sobre su ubicación o condición general o revelar dicha información a una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastres.

➤ **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar Información de Salud para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro para la misma condición. Antes de usar o divulgar información médica para investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin la aprobación especial, podemos permitir a los investigadores a examinar los registros para ayudarles a identificar los pacientes que se pueden incluir en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no eliminar o realizar una copia de cualquier información de salud.

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

➤ **Como lo requiere la ley.** Vamos a divulgar información de salud sobre usted cuando sea requerido para ello por las leyes federales, estatales o locales.

➤ **Al anuncio de una amenaza grave a la salud o seguridad.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

➤ **Para todos los demás usos y divulgaciones.** Todos los demás usos y divulgaciones de información no contenida en este Aviso de prácticas de privacidad no serán divulgados sin su autorización.

Situaciones especiales

Situaciones especiales

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar información médica a organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar órganos, ojos o donación y el trasplante.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar información de salud para el personal militar extranjero apropiadas si usted es miembro de un ejército extranjero.

Compensación para Trabajadores. Podemos divulgar Información de Salud sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Podemos divulgar Información de Salud sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generales incluyen los siguientes:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- reportar nacimientos y muertes;
- reportar el abuso o descuido de niños;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a la gente acerca de revocaciones de productos que puedan estar usando;
- 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;
- notificar al gobierno, autoridad 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 autorizado y requerido por la ley.

Actividades de Vigilancia de Salud. Podemos revelar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Propósitos de notificación de violación de datos. Podemos usar o divulgar su información médica protegida (PHI) para proporcionar anuncios que sean legalmente requeridos de acceso no autorizado o la divulgación de su información de salud.

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar la Información de Salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley. Podemos revelar su información de salud si se le pregunta por un oficial de la ley si la información es:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Acerca de una conducta criminal en nuestras instalaciones; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación o el crimen o de las víctimas; o identificar, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos dar a conocer información de salud 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 divulgar Información de Salud sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podemos dar a conocer información de salud a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contra-inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección del Presidente y otros. Podemos revelar Información de Salud para autorizar los funcionarios federales para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Los reclusos o personas bajo custodia. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información de salud a la institución correccional o al funcionario policial. Esta divulgación sería si es necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN EE.UU. PARA DARLE UN OPPORTUNITY OPOSICIÓN Y EXCLUSIÓN.

Personas involucradas en su cuidado o pago de su atención. A menos que usted se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida (PHI) que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos divulgar información como sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional.

Ayuda para Desastres. Podemos revelar su PHI a organizaciones de socorro que buscan PHI para coordinar su cuidado, o notificar a los amigos y familiares de su ubicación o estado en un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a tal revelación cada vez que prácticamente podemos hacerlo.

SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO SE REQUIERE PARA OTROS USOS Y REVELACIONES.

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán sólo con su autorización escrita:

- 1) Usos y divulgaciones de información médica protegida para fines de marketing; y
- 2) Declaraciones que constituyen una venta de su Información de Salud Protegida

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no cubiertos por este aviso de las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización escrita. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y nosotros ya no revelar información de salud protegida en virtud de la autorización. Pero la revelación que hemos hecho en relación con su autorización antes de que usted había revocado no se verá afectado por la revocación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que tenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado. Esto incluye registros médicos y de facturación, con excepción de las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información de salud, usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Tenemos hasta 30 días para que su información de salud protegida a su disposición y le podemos cobrar una cuota razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Es posible que no te cobren una tarifa si usted necesita la información para una reclamación de beneficios bajo la Ley de Seguridad Social o de cualquier otro programa de beneficio estatal o federal. Podemos negar que usted solicite en ciertas circunstancias limitadas. Si nosotros rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a que se revise la denegación de una licencia profesional de la salud que no participó directamente en la denegación de su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos. Si su información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico, conocido como los registros médicos electrónicos o registros electrónicos del brezo, usted tiene el derecho de solicitar que se le dará una copia electrónica de su expediente para usted o transmitido a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para facilitar el acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicita, si es fácilmente producible en un formulario o formato. Si la información de salud protegida no es fácilmente producibles en la forma o formato que usted solicitó su registro se facilitará en cualquiera de nuestro formulario electrónico estándar o si usted no desea que esta forma o formato, una forma impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la mano de obra asociados con la transmisión de la

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

historia clínica electrónica.

Derecho a recibir un aviso de la violación. Usted tiene el derecho a ser notificado sobre una violación de cualquiera de su información de salud protegida sin garantía.

Derecho a enmendar. Si usted siente que la información médica que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a una Cuenta de Revelaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de los propósitos de Información de Salud que no sean de tratamiento, pago y atención de la salud o para el que ya ha proporcionado autorización por escrito. Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelar a alguien involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, como un familiar o un amigo. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que usted nos solicita que limitar el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud para el pago o el cuidado de la salud con fines de operación y la información que desea restringir refiera exclusivamente a un tema de salud está o servicio para la que usted nos ha pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Fuera de los pagos directos. Si usted pagó de su bolsillo, en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud protegida con respecto a ese artículo o servicio no será divulgada a un plan de salud con fines de pago o de atención de la salud operaciones, y vamos a cumplir con esa solicitud.

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. Usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Su solicitud debe ser específica sobre cómo o dónde desea ser contactado. Cumpliremos con las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene el derecho a recibir una copia imprimida de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web www.santanallergy.com

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y crea el nuevo aviso aplicarán a la Información de Salud que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página.

QUEJAS: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser hechas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Fecha de vigencia 06/01/2014



4915 E. Baseline Road Suite 112
Gilbert, AZ 85234
Ph (480) 626-6600 – Fax (480) 626-6604

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

RECONOCIMIENTO

Yo, _____, (nombre del paciente) reconozco que he
recibido una copia del San Tan Allergy & Asthma Aviso de Prácticas de Privacidad,
efectivo el 1 de mayo de 2014.

Paciente/Padre/Tutor Legal Firma: _____ Fecha: _____

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

NUEVA HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

La Razon por la Visita

Tos	Estornudos	Ronchas	Alergias
Asma	Congestión nasal	Eczema	Esofagitis eosinofílica
Posible Alergia	Picazón en los ojos	Alergia a los alimentos	Urticaria
Sibilancias	Infecciones recurrentes	Posible reacción alérgica	Reacción a picaduras de insectos
Nariz que moquea	Infección en los sínus recurrente	Reacción adversa a un medicamento	Otro

Alergia a Medicamentos

Describe la reacción

Otras Alergias (alimentos, insectos, látex)

Describe la reacción

Historial Médico del Paciente

Rinitis alérgica	Reflujo	Condición respiratoria
Reacción anafiláctica	Dolor de la cabeza	RSV / Bronquiolitis
Asma	Depresión, ansiedad, problemas psiquiátricos	Condiciones de los sínus paranasales
Bronquitis	Hospitalización Anterior	Problemas de la piel
Varicela	Hipertensión/ Alta presión	Apnea del sueño
EPOC	Trastorno inmunológico	Problemas estomacales o intestinales
Eczema	Problemas renales	ORL, las condiciones para la garganta
Endocrinología / Diabetes	Soplo en el corazón	Vacunas actuales
Padecimientos de los ojos	Problemas musculoesqueléticos	Enfermedades habituales de la infancia
Resfriados frecuentes	Condiciones nasales	Ha visto a un especialista en alergias previamente: Sí/No
Infecciones de oído frecuentes	Trastorno neurológico	Anteriormente en inyecciones para la alergia: Sí/No
Problemas cardiovasculares	Neumonía	Años de inyecciones:

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

Historia Cirugías del Paciente

Adenoidectomía	Eliminación de la vesícula biliar	Cirugía de rodilla
Apendectomía	Cirugía de Hernia	Cirugía de estómago
Tubos auditivos	Cirugía cardíaca	Cirugía de la Mama
Cirugía sinusal	Histerectomía	Eliminación de los ovarios Sólo
Amigdalectomía	Cirugía de Hombro	Ligadura de trompas
Cirugía de las Orejas	Cirugía de la espalda	C-Sección
Cirugía ocular	Cirugía de Cadera	Otro (explicar)
Cirugía de la tiroides	Cirugía de Tobillo	

Historia Familiar Por favor, rellene las iniciales de los miembros de la familia ya que se aplican.

Clave: Madre: M, Padre: P, Hermano: O, Hermana: A,

Abuelos Maternos: AM, Abuelos Paternales: AP

Historial limitado Adoptado	Alergia a los alimentos
Rinitis Alérgica / Hayfever	Reflujo ácido u otro problemas estomacales
Asma	Dolores de cabeza / migraña
Anafilaxia	Urticaria o hinchazón
Artritis	Hipertensión/ Alta presión
Los trastornos autoinmunes	Inmunodeficiencia
Cancer	Alergia al látex
Enfermedad Celíaca	Problemas pulmonares/ EPOC
Enfermedad del corazón	Convulsiones
La fibrosis quística	Infecciones de los sinus
Dermatitis / Eczema	Enfermedad de la tiroides
Diabetes	
Alergia a Medicamentos	
Esofagitis eosinofílica	

Historia Social

Estado civil: Casado Divorciado Apartado Soltero Viudo Pareja

Si el paciente es un niño, vive con: Ambos padres Madre Padre Otro Miembro de la Familia Familias de Crianza

Custodia: La custodia compartida Custodia de primaria con el padre Custodia de primaria con la madre

Ocupación: _____ Aficiones/ Deportes: _____

La exposición al tabaco: ¿Fuma usted? Si No Hábitos pasado, Expuestos al humo de segunda mano Si No

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

Evaluación del Asma (Si el paciente tiene un diagnóstico de asma)

Escriba el número de cada respuesta en el cuadro de puntuación proporcionada. Luego, sume las casillas de puntuación para obtener el total.

Niños entre 4-11 años: Haga que su hijo conteste las preguntas 1-4, y luego responda las preguntas 5-7 en su propia

1. ¿Cómo es tu asma hoy?

(0) Muy mal	(1) Mal	(2) Bien	(3) Muy bien	Puntaje =
-------------	---------	----------	--------------	-----------

2. ¿Cuánto de un problema es su asma cuando se ejecuta, el ejercicio o practica algún deporte?

(0) Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer	(1) Es un problema y no me siento bien	(2) Es un problema pequeño pero está bien	(3) No es un problema	Puntaje =
---	--	---	-----------------------	-----------

3. ¿Tose a causa del asma?

(0) Sí, todo el tiempo	(1) Sí, la mayoría de las veces	(2) Sí, algunas veces	(3) No, ninguna de las veces	Puntaje =
------------------------	---------------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------

4. ¿Se despierta durante la noche a causa del asma?

(0) Sí, todo el tiempo	(1) Sí, la mayoría de las veces	(2) Sí, algo del tiempo	(3) No, ninguna de las veces	Puntaje =
------------------------	---------------------------------	-------------------------	------------------------------	-----------

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño tiene síntomas de asma durante el día?

(5) Nunca	(4) 1-3 días	(3) 4-10 días	(2) 11-18 días	(1) 19-24 días	(0) diario	Puntaje =
-----------	--------------	---------------	----------------	----------------	------------	-----------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño sibilancias durante el día debido al asma?

(5) Nunca	(4) 1-3 días	(3) 4-10 días	(2) 11-18 días	(1) 19-24 días	(0) diario	Puntaje =
-----------	--------------	---------------	----------------	----------------	------------	-----------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño se despierta durante la noche debido al asma?

(5) Nunca	(4) 1-3 días	(3) 4-10 días	(2) 11-18 días	(1) 19-24 días	(0) diario	Puntaje =
-----------	--------------	---------------	----------------	----------------	------------	-----------

Total =

Los pacientes mayores de 12 años:

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le su asma le impida conseguir tanto hecho en el trabajo, la escuela o en casa?

(1) Siempre	(2) La mayoría del tiempo	(3) Parte del tiempo	(4) Un poco del tiempo	(5) Nunca	Puntaje =
-------------	---------------------------	----------------------	------------------------	-----------	-----------

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para respirar?

(1) Más de una vez al día	(2) Una vez al día	(3) 3-6 veces a la semana	(4) 1-2 veces a la semana	(5) Nunca	Puntaje =
---------------------------	--------------------	---------------------------	---------------------------	-----------	-----------

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus síntomas de asma (sibilancias, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) que se despiertan durante la noche o temprano de lo usual en la mañana?

(1) 4 o más noches a la semana	(2) 2-3 noches a la semana	(3) Una vez a la semana	(4) Una o dos veces	(5) Nunca	Puntaje =
--------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------	-----------

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador?

(1) 3 o más veces al día	(2) 1-2 veces al día	(3) 2-3 veces por semana	(4) Una vez a la semana o menos	(5) Nunca	Puntaje =
--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------------	-----------	-----------

5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

(1) No controlado en absoluto	(2) Mal controlada	(3) Algo controlada	(4) Bien controlada	(5) Completamente controlada	Puntaje =
-------------------------------	--------------------	---------------------	---------------------	------------------------------	-----------

Total =

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

LOS ANTIHISTAMÍNICOS SE SUSPENDERÁN PARA LAS PRUEBAS DE ALERGIA

Instrucciones: Detenga los siguientes 5 días antes de la prueba

Actagen	Deconamine	Promethazine
Actifed	Dimenhydrinate	Rondec
Acrivastine	Dimetane	Rynatan
Allegra (any)	Dimetapp	Ryna-12
Allerclear	Dipenydramine	Rynatuss
Allerfrin	Doxepin	Semprex-D
Alertec/Aller-Tec	Dramamine	Tanafed
Aller-Fex	Drixoral	Tavist
Antivert	Duravent-DA	Triaminic
Atarax	Fexofenadine	Triaminicol
Benadryl	Histavent-LA	Trinalin
Bromphed	Histex	Triprolidine
Brompheniramine	Hydroxyzine	Tussi-12
Cetirizine	Meclizine	Tussionex
Chlorpheniramine	Ominihist-LA	Vistaril
Chlor-trimeton	Ornade	Wal-Fex
Clarinox (any)	Pedicare	Wal-Tin
Claritin (any)	Periactin	Wal-Zyr
Clemastine	Phenergan	Xyzal
Cyproheptadine	Poly-histine	Zyrtec

Aerosoles Nasales

Gotas para los Ojos

Otros medicación

Astelin	Pataday	Benzodiazepines
Astepro	Patanol	Lunesta
Azelastine	Olopatadine	Trazodone
Dymista	Optivar	Xanax
Patanase	Zaditor	
Ryaltris		Póngase en contacto con algun prescripción a médico antes de discontinuar los medicamentos que aparecen en 'Otros'

También detener cualquier medicamento que tiene las palabras "Sinus", "Alergia" o "HIST"

Por favor, tenga en cuenta que muchos medicamentos de venta libre tienen los antihistamínicos en ellos (es decir, de los senos, dolor de cabeza, sueño o la tos medicamentos). Tendrá que ser dejado de 5 días antes de la prueba, así Estos medicamentos. Si no está seguro de si el medicamento que usted está tomando contiene un antihistamínico, por favor llame a nuestra oficina para recibir asesoramiento.

NO deje de tomar otros medicamentos, especialmente para el corazón, el hígado, los pulmones u otras condiciones. Si por alguna razón usted no puede dejar la medicación de la alergia no se preocupe. Nos vemos por la consulta y luego podemos volver a programar para la prueba otra vez.

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

REGLA DE BANDERAS ROJAS

La Comisión Federal de Comercio (FTC, por sus siglas en inglés) emitió un conjunto de regulaciones, conocidas como la "Regla de Banderas Rojas", que requiere que desarrollemos e implementemos políticas y procedimientos escritos de prevención y detección de robo de identidad para proteger a los pacientes del robo de identidad.

En el caso de las prácticas médicas, el robo de identidad médica es de particular preocupación. El robo de identidad médica ocurre cuando alguien usa el nombre de una persona y, a veces, otras partes de su identidad, como la información del seguro sin el conocimiento o consentimiento de esa persona para obtener o hacer reclamos falsos por servicios o bienes médicos. El robo de identidad médica también puede resultar en entradas erróneas en los registros médicos existentes y puede implicar la creación de registros médicos ficticios a nombre de la víctima.

En San Tan Allergy and Asthma nos esforzamos por proteger su información médica y prevenir el robo de identidad. Nuestra política es la siguiente.

- Todos los pacientes nuevos deberán mostrar su tarjeta de seguro más una identificación con foto (licencia de conducir).
- Necesitaremos ver su tarjeta de seguro en cada visita.
- Una vez al año necesitaremos ver su tarjeta de seguro más una identificación con foto (licencia de conducir).
- Si tiene un cambio de seguro, necesitaremos ver su nueva tarjeta de seguro más una identificación con foto (licencia de conducir).

Gracias por su ayuda y comprensión en este esfuerzo.

San Tan Alergia y asma