



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G.
Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G. • M. Raquel Kronen, M.D. • Alison Hastings, D.O. • Jeannette Frei, M.D.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

MIDTOWN SACRAMENTO OFFICE
2901 K St., Suite 209
Sacramento, CA 95691
Fax: 916 372-8636

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

En acuerdo con la nueva ley de Privacidad de información medica/salud, nosotros ya no estamos permitidos a dar información a miembros de familia, dejar mensajes en maquinas de mensaje, o solicitar tratamientos médicos de miembros de familia sin su consentimiento escrita. **Por favor llene la siguiente información.**

1. Por favor apunte las personas cuales están autorizadas a recibir información de su salud.

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____

2. Por favor apunte las personas que pueden preguntar por tratamientos por usted o llamar con quejas medicas (ejemplo, llenar medicamentos, referencias, tratamiento de enfermedad).

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____

3. Estamos permitidos a dejar información en su maquina de mensaje? SI NO

4. Estamos permitidos a dejar información en la maquina de mensaje de su trabajo? SI NO

5. Tiene usted un correo electrónico que gustaría que usáramos? SI NO
SI TIENE,

6. Ay ciertas temas sobre la información de su salud que SI NO
NO gustaría que habláramos con ninguna persona que no sea usted?

SI AY, POR FAVOR APUNTE LAS TEMAS:

NOMBRE DE PACIENTE : _____

Apunte Por Favor

FIRMA DE PACIENTE _____ FECHA _____

MM/DD/YYYY



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G.
 Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G. • M. Raquel Kronen, M.D. • Alison Hastings, D.O. • Jeannette Frei, M.D.

SACRAMENTO OFFICE
 77 Cadillac Dr., Suite 230
 Sacramento, CA 95825
 Fax: 916 920-5709

MIDTOWN SACRAMENTO OFFICE
 2901 K St., Suite 209
 Sacramento, CA 95691
 Fax: 916 372-8636

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
 8120 Timberlake Way, Suite 201
 Sacramento, CA 95823
 Fax: 916 681-7909

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha creado una “Regla de Privacidad” para asegurar que Información Medica Personal (IMP) esta protegida por privacidad. La regla de Privacidad también fue creada para darle consentimiento a oficinas médicas para el uso y divulgación de IMP de pacientes para dar tratamientos, pagos, y otras operaciones medicas.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de su IMP y haremos todo en nuestro poder de asegurar y proteger esa privacidad. Siempre aemos un esfuerzo de tomar precauciones para porter su privacidad. Cuando es necesario, damos solamente la información minima a quien pensamos que necesiten su información médica y información de tratamiento, pagos, o operaciones medicas.

También queremos que sepa que soportamos su acceso total de su información médica. Podremos tener relaciones para tratamiento indirectas con usted (como laboratorios que solamente tratan con doctores y no con pacientes), y tendremos soltar su IMP pare el propósito de tratamiento, pagos, o otras operaciones medicas. Usualmente, no es necesario obtener consentimiento del paciente.

Usted podrá rechazar el consentimiento del uso y divulgación de su IMP, pero debe ser escrito. Debajo de esta ley, tenemos el derecho de rechazarle tratamientos si rechaza la divulgación de su IMP. Si escoja dar consentimiento en esta forma de consentimiento del paciente, alguna ves en el futuro, usted podrá pedir rechazar todo o parte de su IMP. No podrá revocar acciones que ya han pasado y que confió anteriormente en firmando este consentimiento.

Si usted tiene alguna protesta contra esta forma, por favor de preguntar hablar con nuestro oficial compatible de HIPPA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso privado, para solicitar regestiones, y revocar consiento escrito después de que a revisado nuestro aviso privado. Su firma confirma el recibir la notificacion de practicas de privacidad, o oportunidad de revisar dicna polisa en nuestras instalaciones.

NOMBRE DE PACIENTE :

Apunte Por Favor

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

MM/DD/YYYY

✂

NOTIFICACIÓN DE LA GARANTÍA DE LA CONFORMIDAD PARA NUESTROS PACIENTES

Pacientes valorados:

El mal uso de IMP ha estado identificado como un problema nacional, causando molesta para pacientes, agravación, y dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, directores, y doctores continuamente pasamos por entrenamiento para entender y cumplir con las reglas del gobierno con respecto a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA), con énfasis particular en la regla de privacidad. Esforzamos a lograr lo mas alto de ética y integridad en realizando servicios a nuestros pacientes.

Es nuestra policia encontrar y determinar usos apropiados de IMP en acuerdo con reglas del gobierno, leyes, y reglamento. Queremos asegurar que nuestra práctica nunca contribuye en ninguna forma al problema del mal uso y divulgación de IMP. Como parte de este plan, amos implementado un programa de conformidad que creamos nos ayudara prevenir el mal uso de IMP.

También sabemos que no somos perfectos. Y por eso, nuestra policia es siempre oír a nuestros empleados y nuestros pacientes, sin pensamiento de penalización, si sienten que un evento compromete nuestra policia de integridad. Nos gustaría saber de cualquier problema para arreglar el asunto el más pronto posible.