



Aviso De Práctica Privada y Pólizas

San Diego Family Dermatology está obligado por ley mantener la privacidad de su información protegida de su salud y para proveerles con notificación de nuestras obligaciones legales y práctica privada con respecto a su información protegida de su salud. Esta información consiste de todo registro relacionado con su salud, incluyendo información demográfica, sea creada por San Diego Family Dermatology o recibida por San Diego Family Dermatology de otros proveedores de salud.

Usos y divulgaciones de su información protegida de su salud que no requiere su consentimiento:

San Diego Family Dermatology puede usar o divulgar su información protegida de su salud, sin su autorización ni por escrito, para ciertos tratamientos, pagos y propósitos de su salud. Estos incluyen pero no son limitados a:

- Proveer, coordinar, o la gestión de proveedores de salud y servicios relacionados por uno o mas proveedor de salud.
- Referidos a otro proveedores o agencias de salud para tratamiento
- Actividades realizadas por San Diego Family Dermatology para obtener reembolso por servicios proveídos a usted.
- Contactando proveedores de salud y pacientes con información para tratamientos alternativos
- Desarrollo protocolo, gestión de caso, o cuidado de coordinación.
- Cuando requiere por la ley, por ejemplo reportando abuso, negligencia, violencia domestica, o heridas que crees que ocurrieron a causa de un crimen.
- Por razones de salud publicas. Estamos obligados a reportar ciertas enfermedades infecciosas a las autoridades de salud pública.
- Remuneración de trabajadores: Podemos revelar información de su salud a agencias de seguro o el gobierno.

Es nuestra práctica usar información para contactarle con recordatorios de su cita. Debes de avisarnos si usted no desea recibir recordatorios de su cita o ser contactado en relación a ciertos tratamientos alternativos o servicios.

Usted tiene el derecho a examinar su propio record de salud en 3 días de trabajo de nuestro recibo por su solicitud por escrita. Usted tiene el derecho a obtener una copia de su record de salud en 7 días de trabajo de nuestro recibo por su solicitud por escrita y pago. También tiene usted el derecho a solicitar correcciones en su record de salud. No podemos relevar su información protegida de salud a su familiar o amigo quien quiere incluirse en su cuidado sin su consentimiento por escrito. Información de su salud puede ser revelada sin permiso por escrito a padres, guardianes, o custodio legal de un niño, guardianes de un adulto incompleto, el agente de salud designado el poder de autoridad para un paciente incapacitado, o el representante o esposo/a de un paciente fallecido.

POLIZAS: Por favor vea el reverso de las pólizas de la oficina

Firmando abajo y dándonos su correo electrónico, nos estas permitiendo proveerles con acceso a **su records de salud electrónicos**.

Por favor: El mejor lugar para dejarle un mensaje, incluyendo información confidencial:

- Teléfono de Casa Teléfono Mobile Teléfono del trabajo Correo
- Correo electrónico (Tenga en cuenta que el correo electrónico no está encriptado, y se requiere un formulario firmado de divulgación de registros médicos para proporcionar cualquier parte de su registro médico por correo electrónico o cualquier otro formato.

Número de teléfono: Casa: _____ Mobile: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre medicamentos, notas, citas? (El correo electrónico no está encriptado). Si No

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado: ____ Código postal: _____

Empleador: _____ Teléfono de Empleador: _____

Casado Soltero viuda Fecha de Nacimiento ____/____/____ M – F SS# _____ - _____ - _____

En caso de una emergencia: Contacte _____ Número teléfono _____ Relación: _____

Con mi firma, yo reconozco recibo de Aviso de práctica privada fue ofrecido a mi y he leído las **dos formas**:

Firma _____ Escriba su nombre: _____ Fecha: _____

Note: Este aviso es preparado con el Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R si tiene alguna pregunta, solicitud, o quejas en relación con nuestra practica privada o practica por favor contacte HIPAA Compliance Officer en San Diego Family Dermatology: 655 Euclid Avenue, Suite 401, National City, CA 91950 (619) 267-8303 • 292 Avocado Avenue, El Cajon, CA 92020 (619) 579-5115

POLIZAS

Cancelaciones:

Si usted no nos da 24 horas de aviso para un cambio a su cita, podría ser cargado \$25 costo de cancelación. Si usted falta a 3 citas solo le vamos a poder hacer cita para el mismo día que usted llame si tenemos espacio.

Para citas de cirugías, les cobraremos \$50 para cancelaciones menos de 3 días hábiles.

Rellenos para Medicamentos:

Para su seguridad, por favor lea la póliza abajo:

- Medicamentos orales no van hacer recetados al pacientes que no han sido visto en el ultimo ano.
- Rellenos para medicamentos van hacer recetados solo durante su visita. Si faltas a su cita de seguimiento, podemos darle un relleno en el entre tiempo que haga usted otra cita.
- Absolutamente no rellenos van a hacer dados a pacientes que no han visto a la Dra. Sateesh en esta oficina en más de dos anos.
- Nuevos medicamentos no van hacer recetados a pacientes que no han visto la Dra. en el ultimo mes.

Responsabilidad Financiera:

Estamos cometidos a proveerle con el mejor cuidado posible, y le ayudaremos recibir el máximo de los beneficios del seguro permisible. Sin embargo, necesitamos su asistencia y su entendimiento de nuestra póliza de pago. Su contrato de seguros es entre usted y su empleador y le compañía de seguros. No todos los servicios están cubiertos por su contrato. Participamos y aceptamos la asignación de la mayoría de los pagadores, que significa cargos cubiertos, van hacer pagados directamente a nosotros. Como cortesía a usted, vamos a presentar una reclamación ante su compañía de seguros de su parte. Cualquier balance que quede va ser cargado a usted después que recibamos pago de su seguro. Si no participamos en su plan de seguro o no tienes seguro, todavía puedes ser vista por el doctor como paciente que cubre todos sus cargos en cash o efectivo. Puede ser elegible para una tarifa de "PAGO AUTOMÁTICO" con descuento que se debe al momento del servicio.

Autorización:

Para pacientes que tienen un HMO para su seguro, estamos forzados a preguntarle permiso a su seguro para todo procedimientos. Por favor note que su autorización inicial solo incluye una vista a nuestra oficina. Como una cortesía, nosotros pedimos autorización a su seguro para procedimientos. Como sea, si usted no quiere esperar la autorización, le cobraremos a usted.

Tardanza:

Valoramos su tiempo! Y esperamos que usted valore el nuestro y los de otros pacientes. Si usted llega más de 5 minutos tarde a su cita, aló mejor vas a tener que esperar más tiempo para ver al Doctor.

Citas del mismo día:

Si tienes una situación urgente, por ejemplo una nueva erupción que empezó en el último día o dos, por favor llame a nuestro personal para hacerle una cita el mismo día. Después de una breve evaluación por el teléfono, vas a tener una cita programada.

Firma: _____ Escriba su nombre: _____ Fecha: _____