



Santa Rosa 130 Stony Point Road, Suite E, Santa Rosa, CA 95401  
Petaluma 1383 North McDowell, Suite 130, Petaluma, CA 94954  
Marin 4000 Civic Center Drive, Suite 300, San Rafael, CA 94903  
Phone: (707) 525-0211

Maria M Petrick, MD FAAAAI, FACAAI  
Board Certified Allergist-Clinical Immunologist  
President

Por mas de 35 años sirviendo a nuestros pacientes en el norte de California

Juline N Caraballo Fonseca, MD  
Board Certified Allergist-Clinical Immunologist

## **Bienvenido a Nuestra Clínica!**

Por favor traiga a su visita los **3 cuestionarios adjuntos (complete la información requerida), su tarjeta de seguro de salud, y su tarjeta de identificación.** Le agradecemos que haya hecho una cita con nosotros, y esperamos verlo pronto durante su visita a nuestra clínica. Su visita será con uno de los miembros de nuestro personal médico:

- **Dr. Maria (Mima) M Petrick, FAAAAI FACAAI**  
*Board Certified Allergist – Clinical Immunologist*
- **Dr. Juline (Julie) N Caraballo Fonseca**  
*Board Certified Allergist – Clinical Immunologist*
- **Andria Steinkamp, MSN-FNP**

Ellos trabajan junto a nuestro excelente equipo administrativo y nuestro equipo de enfermeras (os) profesionales, los cuales están específicamente entrenados en esta especialidad médica!

### **HORA DE LA VISITA:**

Tu primera visita es larga. Planea llegar a tu cita al menos 15 min antes de la hora de la visita. Si por alguna razón no puedes venir a la cita, **por favor llámanos inmediatamente para cancelar**, y así poder ofrecer esa cita a otros pacientes.

### **TU PRIMERA VISITA:**

Tu evaluación inicial es importante. Durante esta visita nosotros bloqueamos **1 ½ horas de tiempo en la clínica**, lo cual a veces incluye la prueba de alergias. Durante tu visita debes estar atento, por lo cual es importante que, en lo posible, solo el paciente este presente y **evites traer niños a la clínica. Si el paciente es un niño menor de 18 años, un padre o guardián legal debe estar presente durante la visita.**

### **PÓLIZA DE CONFIRMACIÓN:**

Debido a la demanda de nuestras citas, requerimos una llamada de confirmación para confirmar su cita, nuestra oficina se comunicará más cerca de la fecha de la cita programada y los pacientes tendrán un par de días para devolvernos la llamada y confirmar. **Si la cita no es confirmada, desafortunadamente sera cancelada.**

La prueba de alergias por lo general se hace durante la primera visita. Los medicamentos con antihistamínicos pueden interferir con esta prueba, por lo tanto **no debes tomar ningún antihistamínico por al menos 7 días antes de tu visita. No pares otros medicamentos, especialmente los que son prescritos para el asma (inaladores) o para otros problemas médicos.** Si no puedes, u olvidaste parar los antihistamínicos, **mantén tu cita.** La prueba de alergias puede ser postpuesta.

Próxima página →

## **EXPECTATIVAS EN TU PRIMERA VISITA:**

1. Revisaremos tu historia médica y los reportes de evaluaciones anteriores, si éstos están disponibles
2. Haremos un examen físico desde la cintura hacia arriba, con énfasis en los órganos y sistemas de mayor importancia
3. Si tienes problemas respiratorios, haremos prueba de función pulmonar (espirometría)
4. Se generará un reporte médico, el cuál será enviado a tu doctor de cabecera
5. Puede que iniciemos algún tratamiento

## **QUESTIONARIOS DEL PACIENTE:**

La participación del paciente durante el proceso diagnóstico y el tratamiento es de mucho beneficio. **Nos ayudas al proveer respuestas completas y específicas a nuestras preguntas, de esta manera nosotros podremos brindarte la mejor atención, y las mejores opciones disponibles para tu tratamiento.** Los cuestionarios adjuntos ayudan a organizar tus síntomas y dan prioridad a los síntomas que deaseas sean atendidos.

Muchas gracias, y esperamos verte pronto durante su visita!

Sinceramente,

Maria M Petrick, MD  
*Board Certified Allergist – Clinical Immunologist*

Juline N Caraballo Fonseca MD  
*Board Certified Allergist – Clinical Immunologist*

Si requiere información adicional, por favor visite nuestra página web: [www.familycareallergy.com](http://www.familycareallergy.com)

### **Santa Rosa Office:**

130 Stony Point Road, Suite E  
Santa Rosa, CA 95405

### **Petaluma Office:**

1383 North McDowell Blvd, Suite 130  
Petaluma, CA 94954

### **Marin Office:**

4000 Civic Center Dr., Suite 300  
San Rafael, CA 94903

**Phone: (707) 525-0211**

**Fax: (707) 525-0491**



## REGISTRO DEL PACIENTE

PARTE 1 - INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente:		
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Número de teléfono (casa): (     ) _____ Número de teléfono (cell): (     ) _____		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad ____ Niño <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>
Número de Seguro Social: ____-____-____ Número de licencia: _____ Fecha de Vencimiento: _____		
Doctor de cabecera (Nombre & Apellido):		Teléfono:
Contacto en caso de emergencia:		Relación al paciente:
Ciudad:	Teléfono (casa): (     ) _____	Teléfono (cell): (     ) _____
Nombre de esposo(a)/pareja:		Lenguaje primario (haga un circulo): Español – Inglés – Otro _____
PARTE 2 – INFORMACIÓN DE LA PERSONA REPOSABLE		
Nombre del padre/persona responsable:		
Dirección (si es diferente a la del paciente):	Ciudad:	Código Postal:
Número de Seguro Social: ____-____-____ Número de licencia: _____ Vencimiento _____		
PARTE 3 – INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD		
SEGURO Primario	Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento:
ID #	Plan/Grupo #	
SEGURO Secundario	Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento:
ID #	Plan/Grupo #	
PARTE 4 – INFORMACIÓN DE EMPLEO		
Empleador del paciente/persona responsable:		Teléfono del trabajo: (     ) _____
Occupación del paciente/persona responsable:		
Empleador del esposo(a)/pareja (si el paciente es un menor):		Teléfono del trabajo: (     ) _____
Occupación del esposo(a)/pareja (si el paciente es un menor):		

### INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA VISITAS FUTURAS Y SEGUIMIENTO

Email: \_\_\_\_\_ Para mensajes de texto, qué número de telf. prefiere? \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO (FIRME ABAJO)

- Yo autorizo el tratamiento del paciente nombrado arriba y estoy de acuerdo a pagar todos los cargos al momento del servicio, salvo que se hayan acordado otros modos de pago con anticipación. Yo reconozco que soy el responsable de determinar los beneficios y cobertura de mi seguro de salud antes de la(s) visita(s).
- Si cualquier pago requerido en mi cuenta está mas de 30 días atrasado, todos los cargos asociados, incluyendo el costo de colección y el costo del abogado, mas intereses (1.5% al mes-APR 18%) serán mi responsabilidad.
- Yo autorizo la liberación de cualquier información requerida para el pago de los cargos
- Si el paciente no nos notifica por escrito cualquier cambio en la cobertura y beneficios del seguro de salud, o cualquier cambio del doctor de cabecera, o grupo médico (HMO-Managed Care Plans), nosotros conservamos el derecho de cobrar al paciente por los cargos no cubiertos por la aseguranza.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD**, Yo entiendo que un guardián legal debe estar presente durante la evaluación y para discutir cualquier pregunta médica. El guardian legal debe permanecer en la clínica durante cualquier tratamiento incluyendo las inyecciones de alergia (si son prescritas)



## ALLERGY HEALTH & ENVIRONMENT QUESTIONNAIRE (Questionario de Alergia)

Patient's Name (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_  
 Age (Edad) \_\_\_\_\_ Visit Date (Fecha de la visita médica) \_\_\_\_\_  
 Primary Care Provider (Doctor de cabecera) \_\_\_\_\_  
 How did you hear about us? (Cómo supo de nuestra clínica?) \_\_\_\_\_  
 What is/are the main reason(s) for your office visit with us? (Cuál es la razón por la cuál nos visita hoy?) \_\_\_\_\_

**Check “√” if you are currently bothered by the following symptoms:**  
 (Indique con un check “√” si Usted tiene los siguientes síntomas)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes<br>(Glándulas inflamadas) | <input type="checkbox"/> Itchy/watery eyes (Picor de ojos)                  | <input type="checkbox"/> Cough (Tos)                                 |
| <input type="checkbox"/> Rash (Erupción)                               | <input type="checkbox"/> Headaches (Dolor de cabeza)                        | <input type="checkbox"/> Shortness of breath (Difícil respirar)      |
| <input type="checkbox"/> Itching (Picor/Picazón)                       | <input type="checkbox"/> Loss of taste/smell (No puede oler)                | <input type="checkbox"/> Wheezing (Sibilantes)                       |
| <input type="checkbox"/> Fatigue (Fatiga)                              | <input type="checkbox"/> Hoarseness (Cambio de voz)                         | <input type="checkbox"/> Heartburn (Reflujo de ácido)                |
| <input type="checkbox"/> Fever (Fiebre)                                | <input type="checkbox"/> Throat clearing (Aclarar garganta)                 | <input type="checkbox"/> Nausea (Náuseas)                            |
| <input type="checkbox"/> Red eyes (Ojos rojos)                         | <input type="checkbox"/> Ear fullness/popping (Presión de oído)             | <input type="checkbox"/> Vomiting (Vómitos)                          |
| <input type="checkbox"/> Runny nose (Mucosidad de nariz)               | <input type="checkbox"/> Ear pain (Dolor de oído)                           | <input type="checkbox"/> Difficulty urinating (Dificultad al orinar) |
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion (Congestión nariz)           | <input type="checkbox"/> Sinus pain/pressure (Presión en cara)              | <input type="checkbox"/> Joint pain (Dolor de articulaciones)        |
| <input type="checkbox"/> Itchy nose/throat (Picor nariz/garganta)      | <input type="checkbox"/> Sore throat (Dolor de garganta)                    | <input type="checkbox"/> Fainting (Desmayo)                          |
| <input type="checkbox"/> Bouts of sneezing (Estornudos)                | <input type="checkbox"/> Wheezing on exertion<br>(Sibilantes con ejercicio) | <input type="checkbox"/> Depression (Drepsión)                       |
| <input type="checkbox"/> Postnasal drip (Drenaje postnasal)            | <input type="checkbox"/> Chest tightness (Presión de pecho)                 | <input type="checkbox"/> Palpitations (Palpitaciones)                |
|  |   | <input type="checkbox"/> Anxiety (Ansiedad)                          |

Other (list): \_\_\_\_\_

**Past Medical/Surgical History:** Check “√” if you have a history of the below conditions:  
 (Historia Médica/Quirúrgica: Indique con un check “√” si Usted ha tenido/tiene las siguientes condiciones:)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eczema (Dermatitis atópica)                        | <input type="checkbox"/> Freq sinus infections<br>(Sinusitis frecuentemente)             | <input type="checkbox"/> Adenoidectomy (Adenoidectomía)   |
| <input type="checkbox"/> Asthma (Asma)                                      | <input type="checkbox"/> Sinus surgery (Cinugía nasal)                                   | <input type="checkbox"/> Migraine headaches (Migrañas)  |
| <input type="checkbox"/> COPD (EPOC)  | <input type="checkbox"/> Frequent ear infections<br>(Infecciones de oído frecuentemente) | <input type="checkbox"/> GERD (Reflujo gástrico)  |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia (Neumonía)                               | <input type="checkbox"/> Tubes in ears (Tubos en oídos)                                  | <input type="checkbox"/> Severe allergic reaction, explain to<br>what (Reacción alérgica severas, indique a<br>qué) _____ |
| <input type="checkbox"/> Frequent bronchitis<br>(Bronquítis frecuentemente) | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy (Amigalectomía)                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Nasal polyps (Pólipos nasales)                     |  |   |

Other (list): \_\_\_\_\_

If you have asthma, please complete the following information: (Si Ud. tiene asma, por favor complete la siguiente información:)

Diagnosed when? (Cuándo fue diagnosticado?) \_\_\_\_\_  
 # ER visits for asthma/year (# de visitas al ER por asma al año) \_\_\_\_\_  
 Last ER visit for asthma? (Cuándo fué la última visita al ER por asma?) \_\_\_\_\_  
 Hospitalizations for asthma? (Ha sido hospitalizado por asma?) \_\_\_\_\_  
 Last hospitalization for asthma? (Cuándo fue la última hospitalización por asma?) \_\_\_\_\_  
 Days missed/year from work/school) due to asthma? (Cuántos días faltó al trabajo/escuela por asthma en el último año?) \_\_\_\_\_ #  
 Office visits/year due to asthma? (Cuántas visitas médicas tiene al año por asma?) \_\_\_\_\_ #  
 Courses steroids/year for asthma? (Cuántas veces al año toma esteroides por asma?) \_\_\_\_\_ #

**(Continued on Reverse Side)**  
 (Continúa en el otro lado)

Patient's Name (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_

**Family History:** Check "√" if anyone in your family has one of these conditions:

(Historia Familiar: Indique con un check "√" si alguien en su familia tiene alguna de las siguientes condiciones:)

Allergies (Alergias)                       Asthma (Asma)                       Immunodeficiency (Inmunodeficiencia)  
 Sinus Problems (Problemas nasales)     Chronic bronchitis (Bronquitis crónica)     Autoimmunity (Autoinmunidad)  
 Eczema (Dermatitis atópica)               Emphysema (Enfisema)                       Cystic Fibrosis (Fibrosis Cística)

Other (list:): \_\_\_\_\_

**Social/Environmental History:** Check "√" if any of the below apply to you:

(Historia Social/Ambiental: Indique con un check "√" si los los siguientes aplican a Usted:)

Current smoker (Actualmente fuma)                       Work allergen/irritant exposure  
 Previous smoker (Fumó en el pasado)                      (Alérgeno/Irritantes en el trabajo)  
 Second-hand smoke exposure                       School allergen/irritant exposure  
(Está expuesto al humo de segunda mano)                      (Alérgeno/Irritantes en la escuela)  
 Indoor/outdoor pets (Tiene mascotas)                       Daycare exposure (Asiste a guardería)  
 Mold exposure (Expuesto al moho)                      Others (Otros): \_\_\_\_\_

**CURRENT MEDICATIONS** (Please list NAME/DOSAGE/FREQUENCY)

(Medicamentos que toma actualmente – Por favor indique NOMBRE/DOSIS/FRECUENCIA)

- 1.) \_\_\_\_\_
- 2.) \_\_\_\_\_
- 3.) \_\_\_\_\_
- 4.) \_\_\_\_\_
- 5.) \_\_\_\_\_
- 6.) \_\_\_\_\_
- 7.) \_\_\_\_\_
- 8.) \_\_\_\_\_
- 9.) \_\_\_\_\_
- 10.) \_\_\_\_\_

(Attach list if additional space is needed) (Si necesita espacio adicional, anada una lista de sus medicamentos en una hoja separada)

**PREVIOUS ALLERGY/ASTHMA MEDICATIONS USED** (Medicamentos para asma/alergia que uso previamente)

- 1.) \_\_\_\_\_
- 2.) \_\_\_\_\_
- 3.) \_\_\_\_\_
- 4.) \_\_\_\_\_
- 5.) \_\_\_\_\_
- 6.) \_\_\_\_\_

**KNOWN DRUG ALLERGIES:** (Alergias a medicamentos): \_\_\_\_\_

**CURRENT PHARMACY** (Name/Location/Phone) (Farmacia): \_\_\_\_\_

**Do you have a written advanced care directive?** (Tiene direcciones escritas de cuidados avanzados?) Yes(Si) \_\_\_ No(No) \_\_\_

I understand the information provided by me will be used in the assessment, diagnosis, and treatment of my condition(s).  
(Yo entiendo que la información dada en esta forma sera usada en mi visita para el diagnóstico y tratamiento de mi condición(es) médica)

Printed Patient Name (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Printed Legal Guardian Name (Nombre del Guardián Legal): \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Legal Guardian (Firma del Paciente o del Guardián Legal): \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS QUE DEBE PARAR ANTES DEL EXAMEN DE ALERGIAS \*\*\*

Pare estos medicamentos por 7 días antes de su visita

NOMBRE DE MARCA	NOMBRE GENÉRICO	USO
Actifed	diphenhydramine	alergias, resfriados, flu
Alavert	loratadine	alergias, ronchas (urticaria)
Alaway/Zaditor	ketotifen	picor de ojos, alergias
Allegra	fexofenadine	alergias, ronchas (urticaria)
Allergy/Aller-Chlor	chlorpheniramine	alergias, resfriados, ojos
Antivert	meclizine	nauseas, vómito, mareos
Astelin/Astepro	azelastine	alergias de nariz
Atarax/Vistaril	hydroxyzine	alergias, ronchas (urticaria), ansiedad
Benadryl	diphenhydramine	alergias, resfriados
Chlor-Trimeton	chlorpheniramine	alergias, resfriados, ojos
Clarinox	desloratadine	alergias, ronchas (urticaria)
Claritin/AllerClear	loratadine	alergias, ronchas (urticaria)
Comhist	chlorpheniramine	alergias, resfriados
Compazine	prochlorperazine	nauseas, vómito
Dimetapp	brompheniramine/pseudoephedrine	descongestionante
Dramamine	dimenhydrinate	nauseas, vómito, mareos
Dymista	azelastine and fluticasone	alergias de nariz
Elavil	amitriptyline	antidepresivos tricíclicos
Extendryl	chlorpheniramine/methscopolamine	antihistamina
Livostin	levocabastine oph	alergias de ojos
Nyquil	doxylamine	antihistamina/descongestionante/tos
Optivar	azelastine	alergias de ojos
Patanol/Pataday	olopatadine	alergias de ojos
Pazeo	olopatadine hydrochloride	alergias de ojos
Pepcid	famotidine	ácido estomacal
Phenergan	promethazine	nauseas, vómito
Prorex 25 &50	promethazine	mareos
Remeron	mirtazapine	antidepresivo atípico, sedante
Rynatan	chlorpheniramine/phenylephrine	alergias, resfriados, congestión
Tagamet	cimetidine	ácido estomacal
Tylenol PM/Advil PM	diphenhydramine	resfriados
Sinequan	doxepin	tricyclic antidepressant
Triaminic	chlorpheniramine/phenylpropanolamine	alergias, ronchas (urticaria), resfriados
Tussionex	chlorpheniramine/hydrocodone	tos, resfriados, congestión
Tylenol PM	diphenhydramine	sueño
Verticalm	meclizine	nauseas, vómito
Vistaril	hydroxyzine	ansiedad
Xyzal	levocetirizine	antihistamina
Zaditor/Alaway	ketotifen	alergias de ojos
Zantac	ranitidine	ácido estomacal
Zyrtec/AllerTec	cetirizine	alergias, ronchas (urticaria)

\*\*\* **NUNCA** pare medicametos anti-depresivos o anti-psicóticos sin consultar primero con su doctor de cabecera y obtener aprobación de su parte.



## **NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL** **FamilyCare Allergy & Asthma-AAAPMG, Inc.**

**ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Esta notificación se le proporciona conforme a la ley federal conocida como HIPAA. Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, por favor contacte al Oficial de Privacidad en 130 Stony Point Road, Suite E, Santa Rosa, CA 95401 o por vía email [frontoffice@familycare-allergy.com](mailto:frontoffice@familycare-allergy.com)

### **Quien Obedecerá Esta Notificación.**

Esta notificación describe el uso de información médica por todos los planes de salud grupales mantenidos en FamilyCare Allergy & Asthma, así como el uso por terceras partes que asisten en la administración de los reclamos del Plan de seguros. El Plan ha sido modificado para que incorpore los requerimientos de esta notificación.

### **Nuestro Compromiso con Respeto a su Información Médica.**

Nosotros entendemos que la información médica en relación a usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Nosotros creamos un registro de los reclamos de servicios de salud reembolsados bajo el Plan con el propósito de administración del Plan. Esta notificación aplica a todo los registros médicos que mantenemos. Su doctor de cabecera puede tener distintas regulaciones o notificaciones en relación al uso y divulgación de su información médica.

Esta notificación le explicará las formas en las que podemos usar o divulgar su información médica. También describe nuestras obligaciones y sus derechos con respecto al uso y divulgación de información médica.

La ley nos obliga a (1) asegurarnos que la información médica que te identifica es mantenida privada, (2) proveerte con esta notificación de nuestras obligaciones legales y medidas de privacidad con respecto a su información médica, y (3) seguir los términos de la notificación que esta actualmente en efecto.

### **Cómo Podríamos Usar y Divulgar su Información Médica.**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que podemos usar y divulgar su información médica. Explicaremos cada categoría y presentaremos algunos ejemplos. No todas las situaciones de uso o divulgación serán mencionados en cada categoría. Sin embargo, todas las formas en las que podemos usar o divulgar su información están incluidas en alguna de estas categorías.

### **Para el Tratamiento.**

Podemos usar y divulgar su información médica para facilitar el tratamiento médico or el servicio. Puede que divulguemos información médica sobre usted a doctores, enfermeras, técnicos, o estudiantes de medicina, o al personal de otro hospital que esté envuelto en su cuidado médico.

### **Para el Pago.**

Podemos usar y divulgar su información médica para determinar la elegibilidad para beneficios del Plan de Seguros, para facilitar el pago del tratamiento y servicios recibidos, para determinar responsabilidad de beneficio bajo el Plan, o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos decirle a tu médico tu historia médica para determinar si un tratamiento en particular es experimental, investigacional, o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubre el tratamiento. También podemos compartir información médica con un proveedor de servicios de precertificación. De la misma forma, podemos compartir información médica con otra entidad para asistir con la adjudicación o subrogación de reclamos del Seguro, o a otro Plan de Salud para coordinar pago de beneficios.

### **Para Operaciones de Atención Médica.**

Podemos usar y divulgar su información médica para otros procedimientos del Plan. Esos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos usar información médica en conexión con: actividades de evaluación de calidad y mejoramiento; evaluación de cobertura de seguro, calificación del premium, y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; emisión de reclamos de stop-loss (o excess loss); organizar revisión médica, servicios legales, servicios de auditoría, y programas de detección de abuso y fraude; planeamiento y desarrollo de negocios como manejo de costos; manejo de negocio y actividades generales de administración del Plan.



### **Socios de Negocios.**

Puede que contactemos individuos y entidades conocidas como Socios de Negocios para llevar a cabo varias funciones o proveer ciertos servicios. Para poder llevar a cabo estas funciones o proveer estos servicios, los Socios de Negocios pueden recibir, crear, mantener, usar y/o divulgar su información médica, pero sólo después de que hayan firmado un acuerdo con nosotros el cual los obliga a implementar un resguardo apropiado de su información médica. Por ejemplo, puede que divulguemos su información médica a un Socio de Negocios para que éste administre los reclamos al Seguro o para que provea servicios de soporte, pero sólo después de que el Socio de Negocios firme el acuerdo con nosotros.

### **Como sea Requerido por la Ley**

Nosotros divulgaremos información médica sobre usted cuando ésta sea requerida por la ley federal, estatal, o local. Por ejemplo, debemos compartir información médica cuando sea requerido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conforme investigaciones sobre el cumplimiento del Plan de las normas HIPAA. Asimismo, podemos divulgar información médica cuando sea requerido por una orden de juez en un proceso judicial de demanda así como mala praxis.

### **Para Evitar una Seria Amenaza de Salud o Seguridad.**

Podríamos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para evitar una seria amenaza a su salud o a su seguridad, la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación sería con alguien con la capacidad de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podríamos revelar su información médica en un proceso judicial con respecto a la licenciatura de un doctor.

### **Divulgación al Patrocinador del Plan de Salud.**

Su información puede ser divulgada a otro Plan de Salud mantenido por el Empleador con el propósito de facilitar reclamos de pago bajo ese plan. Además, su información médica puede ser divulgada al personal del Empleador con el solo propósito de administrar los beneficios del Plan.

### **Donación de Órganos y Tejidos.**

Si Ud. es un donante de órganos, puede que nosotros divulguemos su información médica a organizaciones que coordinan la adquisición de órganos, ojos, o tejidos de transplante, o a un banco de órganos de donación, como sea necesario para facilitar la donación y transplante de los órganos y tejidos.

### **Militares y Veteranos.**

Si Ud. es un miembro de las fuerzas armadas, puede que divulguemos su información médica si es requerido por las autoridades de commando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero como sea requerido por las autoridades militares extranjeras.

### **Compensación de Trabajadores.**

Puede que divulguemos su información médica a programas de compensación de trabajadores o similares. Éstos programas brindan beneficios por enfermedad o lesiones relacionadas con el trabajo.

### **Riesgos de Salud Pública.**

Puede que divulguemos su información médica para actividades de salud pública, para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, reporte de nacimientos y muertes, o para notificar a una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o condición.

### **Supervisión de Actividades de Salud.**

Puede que divulguemos su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y licenciaturas. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, programas del gobierno, y cumplimiento de las leyes de derechos civiles.



### **Aplicación de la Ley.**

Puede que divulguemos su información médica si nos lo pide un oficial de la ley: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, convocatoria, o procesos similares, (2) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida, (3) sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener el consentimiento de la persona, (4) sobre una muerte que creamos es resultado de una conducta criminal, (5) sobre conducta criminal en el hospital, y (6) en circunstancias de emergencia para reportar un crimen; localización del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o localización de la persona quien cometió el crimen.

### **Médico Forense, Examinador Médico, y Directores Funerales.**

Puede que divulguemos su información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes del hospital a directores funerales para que ellos puedan cumplir sus funciones.

### **Seguridad Nacional y Actividades de Espionaje.**

Puede que divulguemos su información médica a oficiales federales autorizados para espionaje, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

### **Tus Derechos Sobre Tu Información Médica:**

#### **Derecho al Acceso.**

Ud. tiene el derecho a pedir acceso a la porción de su información médica protegida que contiene su inscripción, pago y otros registros usados para tomar decisiones con respecto a los beneficios de su Plan de Salud. Esto incluye el derecho a revisar la información así como el derecho a copiar la información. Debe presentar una petición para acceso por escrito al Oficial de Privacidad. Si Ud. pide una copia de la información, puede que le cobremos un cargo razonable por el costo de las copias, envío por correo, o uso de otros suministros asociados con su petición. Podemos negar su petición para revisar y copiar información médica en ciertas circunstancias. Si Ud. es negado el acceso a información médica, puede pedir que la negación sea revisada.

Los proveedores de atención médica pueden crear, reunir o manejar ciertos registros electrónicos de salud con relación a tu información médica. Desde el 2011 (o fecha posterior prescrita por la ley), a la medida en que esos registros sean propiedad del Plan, Ud tendrá el derecho a pedir acceso a los registros electrónicos de salud. Si Ud presenta dicha petición y nosotros mantenemos alguno de dichos registros, le cobraremos nuestros costos de labor para poder cumplir con su petición.

#### **Derecho a Modificar.**

Si Ud, siente que la información médica que tenemos sobre Ud. es incorrecta o esta incompleta, usted puede pedirnos que la modifiquemos. Ud. tiene el derecho de pedir una modificación durante el tiempo que esta información sea mantenida por o para el Plan. Para pedir una modificación, su petición debe ser por escrito al Oficial de Privacidad. Además, usted debe dar una razón que respalde su petición. Podemos negar su petición para modificar información médica si no es por escrito o no incluye una razón que la respalde. Asimismo, podemos negar su petición si nos pide que modifiquemos información que: no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan; no fue creada por nosotros, al menos que la persona o entidad que creó la información ya no este disponible para hacer la modificación; no es parte de la información que se le permite revisar y copiar; o es precisa y completa.

#### **Derecho a Contabilidad de Divulgaciones.**

Ud. tiene el derecho de pedir una "contabilidad de divulgaciones" de su información médica que contenga inscripción, pagos, y otros registros usados para tomar decisiones sobre los beneficios del Plan, y si las divulgaciones fueron hechas con propósito distinto a tratamiento, pago, o proveer atención médica. Para pedir esta lista, Ud. deber presentar la petición por escrito al Oficial de Privacidad. Su petición debe indicar un período de tiempo el cual no debe ser más largo de seis años. Su petición debe indicar en que forma Ud. quiere recibir la lista (por ejemplo, en papel o electrónico). La primera lista que pida dentro de un período de 12 meses será gratis. Por listas adicionales, puede que le cobremos un cargo razonable por el costo de proporcionar la lista. Le notificaremos de los costos involucrados y Ud. puede decidir si quiere retirar o modificar su petición en el momento, antes de que se cobre cualquier costo.



Además, los proveedores de atención médica pueden crear, reunir o manejar ciertos registros electrónicos de salud con relación a tu información médica. Desde el 2011 (o fecha posterior prescrita por la ley), a la medida en que esos registros sean propiedad del Plan, Ud tendrá el derecho a pedir una contabilidad de divulgaciones de los registros médicos electrónicos (incluyendo para propósitos de tratamiento, pagos, o servicios de cuidados de salud) durante los tres años anteriores a la petición.

#### **Derecho a Pedir Restricciones.**

Ud. tiene el derecho a pedir una restricción o limitación de su información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago o servicios de cuidados de salud. Ud. también tiene el derecho en pedir un límite en su información médica que divulgamos a alguien que esta envuelto en su cuidado, o el pago por su cuidado, como un miembro familiar o amigo. Por ejemplo, puedes pedirnos que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía que tuviste. Para pedir restricciones, debe presentar su petición por escrito al Oficial de Privacidad. En su petición, debe decirnos (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién quiere que apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su esposo(a).

#### **Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales.**

Ud. tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con Ud. sobre asuntos médicos en una forma particular o en una locación particular. Por ejemplo, puede pedirnos que lo contactemos sólo a su trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, debes presentar su petición por escrito al Oficial de Privacidad. No le preguntaremos la razón de su petición. Cumpliremos con todas las peticiones razonables. Su petición debe indicar cómo y dónde desea que lo contactemos.

#### **Derecho a una Copia de Papel de esta Notificación.**

Si Ud. recibió esta notificación electrónicamente, Ud. tiene el derecho de pedir una copia en papel. Puede pedirnos una copia en papel en cualquier momento. Para obtener una copia de esta notificación, contacte al Oficial de Privacidad.

#### **Requerimiento de Notificación de Violación.**

Desde Septiembre 23, 2009, en el caso que ocurra una violación de su información médica protegida, y el uso o divulgación de la información posee riesgo financiero, de reputación, o otro daño a Ud., nosotros le notificaremos de la situación y los pasos que debe tomar para protegerse del daño potencial debido a la violación. También informaremos al HHS y tomaremos cualquier otro paso requerido por la ley.

#### **Cambios a esta Notificación.**

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la notificación revisada o cambiada sobre la información médica que ya poseemos, así como información que recibiremos en el futuro.

#### **Quejas.**

Si Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido violados, Ud. puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S. Para presentar una queja con el Plan, contacte al Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Ud. no será penalizado por presentar una queja.

#### **Otros Usos de Información Médica**

Otros usos y divulgaciones de la información médica no discutidos en esta notificación o las leyes que aplican a nosotros, se harán sólo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, Ud puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, nosotros no usaremos o divulgaremos su información médica por la razones cubiertas bajo su autorización escrita. Entienda que nosotros no podemos recuperar divulgaciones que ya se han hecho con su permiso, y que requerimos mantener nuestros registros de los cuidados proporcionados.

**Fecha En Efecto:** Esta notificación entra en efecto el 1ero de Enero del 2018.

**Yo he leído, y entiendo mis derechos y usos potenciales de mi información médica personal**



## PÓLIZA DE PAGO\*

(\*Los pacientes son responsables de determinar la cobertura/beneficios de su seguro/aseguranza antes del servicio.)

### HMO & EPO (BLUE CROSS, HEALTHNET, PACIFICARE, ETC.)

**Paciente Referido:** Todos los seguros HMO y EPO requieren REFERENCIA antes de recibir cuidado médico especializado de alergias. La referencia debe ser recibida en nuestra oficina antes de pautar la cita. Sin la referencia correcta; Ud. será totalmente responsable de los costos de la visita.

**Beneficios:** Cada grupo de seguro HMO tiene diferentes beneficios de cobertura. Es importante que revise sus beneficios. Una referencia para ser visto no garantiza el pago de un servicio que su seguro no cubre.

**Pago:** El copago (copay) debe ser pagado al momento de la visita.

### PPO (BLUE CROSS, BLUE SHIELD, FIRST HEALTH, ETC.)

**Paciente Referido:** Los planes tradicionales PPO no requieren que el paciente sea referido. Si Ud. no está seguro, por favor llame a su compañía de seguro.

**Beneficios:** Actualmente la mayoría de los planes PPO cubren nuestros servicios. Si Ud. no está seguro, por favor llame a su compañía de seguro.

**Pago:** La mayoría de los planes requieren el pago de un decible anual (\$250-\$5000) y luego el pago de un porcentaje (10-30%) de los servicios. Nuevos planes ofrecen un co-pago por las visitas (\$5-\$60), y luego el pago del deducible y porcentajes en todos los servicios adicionales. **Un pago parcial del 20% debe ser pagado al momento de la visita.**

### SEGURO PRIVADO (NON-CONTRACTED)

**Paciente Referido:** Nosotros estamos contratados con la mayoría de los seguros. Por favor contacte a su seguro para saber si necesita una referencia.

**Beneficios:** Sería una buena idea que confirme con su plan de seguro si el tratamiento de alergia es un beneficio que ellos cubren.

**Pago:** El pago se debe hacer al momento de la visita. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, o Visa. Arreglos de pago se podrían hacer por visitas iniciales más costosas.

### MEDICARE

**Paciente Referido:** No require referencia.

**Beneficios:** Actualmente todos nuestros servicios son beneficios cubiertos.

**Pago:** El pago no se requiere al momento de la visita. Nosotros aceptamos la designación de Medicare.

### MEDI-CAL/PARTNERSHIP HEALTHPLAN

**Paciente Referido:** El paciente debe ser referido por el doctor de cabecera. Una autorización de referencia debe ser recibida en nuestra oficina antes de pautar la cita.

**Beneficios:** Actualmente todos nuestros servicios son beneficios cubiertos, siempre y cuando Ud. cumpla con los requerimientos de elegibilidad por el mes cuando se prestan los servicios.

**Pago:** El pago no se requiere al momento de la visita.

### PAGO PRIVADO (SIN SEGURO)

**Paciente Referido:** No require referencia.

**Beneficios:** No aplica.

**Pago:** El pago se debe hacer al momento de la visita. Ud. recibirá un descuento del 25%. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, o Visa.

Si tiene preguntas, POR FAVOR no dude en preguntarnos. Estamos aquí para ayudarlo!

Gracias,

**Deborah Finger**

Director-Patient Accounts/Credentialing

Telephone (707) 525-0211



## **Información sobre la Clínica:**

**Nuestra oficina en SANTA ROSA** está localizada en:

130 Stony Point Road, Suite E, Santa Rosa, CA 95401

Número de teléfono: 707-525-0211

### **Horario de la oficina de Santa Rosa:**

- Lunes, Martes, Miércoles: De 10:00 AM a 6:00 PM
- Jueves y Viernes: De 10:00 AM a 5:00 PM

**Nuestra oficina en PETALUMA** está localizada en:

1383 N McDowell Boulevard, Suite 130, Petaluma, CA 94954

Número de teléfono: 707-789-6320

### **Horario de la oficina de Petaluma:**

- Martes - Miércoles - Jueves: De 10:00 AM a 12:00 PM, y luego de 1:30 PM a 6:00 PM

**Nuestra oficina en MARIN** está localizada en:

4000 Civic Center Drive, Suite 300, San Rafael, CA 94903

Número de Teléfono: 415-847-4022

### **Horario de la oficina de Marin:**

Martes - Viernes: De 10:00 AM a 12:00 PM, y luego de 1:30 PM a 6:00 PM

**Nuestra página web:** [www.familycareallergy.com](http://www.familycareallergy.com)

**Phone: (707) 525-0211**

**Fax: (707) 525-0491**

## Aviso de Normas de Comportamiento en FamilyCare Allergy and Asthma

Como su socio en la atención de su salud, nosotros nos comprometemos a tratarlo con respeto, honestidad, dignidad y compasión.

Le pedimos a nuestros pacientes, familiares, y visitantes, su apoyo para mantener nuestra clínica un lugar de respeto mutuo. Le pedimos que trate a los demás con respeto, honestidad, dignidad y compasión.

### **Maltrato y Discriminación**

FamilyCare Allergy and Asthma es un lugar de sanación. No permitimos maltrato o discriminación hacia nuestro personal o proveedores de la salud. No será permitido, ya sea en persona, por teléfono, por escrito, o en ninguna otra forma. Esto incluye comportamiento del paciente o familiar que:

- Interfiera con un ambiente seguro
- Limite el cuidado de los pacientes por parte del personal o proveedores de la salud
- Sea abusivo con el paciente, el personal o proveedores de la salud
- Pueda verse como discriminación o racismo hacia el personal o proveedores de la salud

### **Ejemplos de Maltrato o Discriminación**

- Racismo hacia el personal o proveedores de la salud (por ejemplo, microagresiones o intolerancia)
- Discriminación contra alguien basado en su identidad y expresión de género, orientación sexual, raza, religión, edad, discapacidad, o alguna otra característica
- Abuso verbal (por ejemplo, insultar, maldecir, menospreciar)
- Abuso emocional (por ejemplo, actos que hagan al personal de la salud sentir inseguro, incómodo o acosado)
- Abuso sexual (por ejemplo, contacto no deseado o lenguaje sexual)
- Actos amenazantes (por ejemplo, cerrar puertas agresivamente, bloquear el paso, gritar, intimidación o acoso)
- Abuso físico (por ejemplo, golpear, patear o escupir)

### **Como Respondemos al Maltrato y Discriminación**

Cuando maltrato o discriminación ha ocurrido, nuestro equipo decidirá como responder a estos actos. Cualquier acto de maltrato o discriminación puede resultar en cualquiera de las siguientes consecuencias:

- Reporte de conducta a otros miembros del personal (por ejemplo, managers o personal supervisor)
- Retiro del paciente, familiar, o visitante de la clínica
- Restricción de los individuos que maltratan al personal de salud (por ejemplo, si un paciente ha maltratado al personal, no se le permitirá continuar siendo paciente, si es un adulto. Si el paciente es un menor de edad, la visita médica se dará por terminada).
- Pedir al paciente que se retire y que no se quede a recibir cuidados, tratamientos, o servicios (por ejemplo, pacientes que maltraten al personal de salud no serán permitidos a ir a su cita médica)
- Prohibir que el paciente reciba servicios y cuidados en las clínicas de FamilyCare Allergy and Asthma, excepto si se trata de una emergencia médica
- Llamar autoridades locales o a la policía

**Por favor reporte a nuestro personal cualquier acto de maltrato o discriminación que observe.**

Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_