



JAMES H. LEE, MD FACS  
1177 E. WARNER AVE.  
FRESNO, CA 93710  
OFFICE PHONE: 559-702-1390  
OFFICE FAX: 619-519-7073  
[JHLEEMD@VCIFRESNO.COM](mailto:JHLEEMD@VCIFRESNO.COM)  
[INFO@VCIFRESNO.COM](mailto:INFO@VCIFRESNO.COM)

## REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Idioma Principal:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

**RAZA:**  Indio Americano/Nativo  Afroamericanos  asiático  Caucásico (a)  Otro: \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD:**  Hispano o Latino  Non-Hispano/Latino

### MEDICO DE REFERENCIA:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE OFICINA: \_\_\_\_\_

### MÉDICO PRIMARIO:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE OFICINA: \_\_\_\_\_

### CARDIÓLOGO (Medico del corazón/especialista)

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Oficina: \_\_\_\_\_ Última vez visto: \_\_\_\_\_

### SOLO PACIENTES DE DIÁLISIS

Centro DaVita:	Circula: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado
Centro Fresenius:	
Otro:	

### INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: (Calles principales de Cross y ciudad, si se desconoce) \_\_\_\_\_



**VASCULAR CENTER OF INTERVENTION**

**JAMES H. LEE, MD FACS**  
1177 E. WARNER AVE.  
FRESNO, CA 93710  
OFFICE PHONE: 559-702-1390  
OFFICE FAX: 619-519-7073  
[JHLEEMD@VCIFRESNO.COM](mailto:JHLEEMD@VCIFRESNO.COM)  
[INFO@VCIFRESNO.COM](mailto:INFO@VCIFRESNO.COM)

**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE - PARTE 1 DE 2**

*(Por favor, reconozca cada sección; simplemente ponga N/A si no se aplica o déjelo en blanco)*

**ALERGIAS**

No tengo alergias

Medicación	Reacción
Tinte de contraste <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Alergia al marisco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cinta Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otros (por favor enumere con la reacción):	

**MEDICACIÓN**

NO TOMO MEDICAMENTO

Por favor, enumere **todos los** medicamentos actuales que está tomando, si necesita espacio adicional, complete el medicamento en una hoja de papel.

Nombre del medicamento	Dosificación (mg, gm, tsp)	¿Cantidad por dosis?	¿Con qué frecuencia?

**HISTORIAL MÉDICO PASADO** (Círculo o Marca con X)  Niega cualquier historial médico pasado

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| Aneurisma aórtico abdominal (AAA)              | Hepatitis: (CÍRCULO: A, B, C) |
| Alzheimer o demencia                           | Presión arterial alta         |
| Asma   | VIH o SIDA                    |
| Anemia   | Historia de MRSA              |
| Coágulos de sangre- Ubicación:                 | Arritmia                      |
| Cáncer   | Problemas renales             |
| Colesterol                                     | Enfermedad de Parkinson       |
| Cirrosis                                       | Neumonía                      |
| Insuficiencia cardíaca congestiva              | Convulsiones                  |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | Apnea del sueño               |
| Diabetes-Tipo I o II                           | Golpe                         |
| TVP (trombosis venosa profunda)                | Varices                       |
| Epilepsia                                      | Otro:                         |
| Infarto  |                               |



**VASCULAR CENTER OF INTERVENTION**

**JAMES H. LEE, MD FACS**  
**1177 E. WARNER AVE.**  
**FRESNO, CA 93710**  
**OFFICE PHONE: 559-702-1390**  
**OFFICE FAX: 619-519-7073**  
[JHLEEMD@VCIFRESNO.COM](mailto:JHLEEMD@VCIFRESNO.COM)  
[INFO@VCIFRESNO.COM](mailto:INFO@VCIFRESNO.COM)

**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE - PARTE 2 DE 2**

*(Por favor, reconozca cada sección; simplemente ponga N/A si no se aplica o déjelo en blanco)*

**HISTORIAL MEDICO PASADO** (Circula o Marca con X)

Niega cualquier historial médico pasado

TIPO DE CIRUGÍA	ÁREA	AÑO	TIPO DE CIRUGÍA	ÁREA	AÑO
Amputación por encima de la rodilla			Endarterectomía carotídea		
Amputación por debajo de la rodilla			Reparación endovascular de AAA		
Angiografía de pierna			Fistulagramas		
Angioplastia			Reemplazo de cadera		
Reparación de aneurismas			Reemplazo de rodilla		
Av Fístula			Marcapasos		
Av Injerto			Cirugía de columna (tipo):		
Omitir (especificar):			Colocación del stent		
Cateterismo cardíaco			Otro: _____		
CABG					

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Desconocido  Adoptado

	Padre	Madre	Padre Padres	Madre Padres
Aneurisma aórtico				
Coágulos de sangre				
Cáncer (tipo)				
Colesterol				
Diabetes				
Problemas cardíacos				
Presión arterial alta				
Problemas renales				
Convulsiones				
Golpe				
Enfermedad vascular				
Varices				

**HISTORIA SOCIAL**

**¿Usted fuma?**  Nunca  Actualmente (\_\_\_) cigarrillos por día  Anteriormente

**¿Bebe alcohol?**  Sin alcohol  Sí, consume alcohol (\_\_\_) por día  Alcoholismo anterior

**Uso excesivo/abuso de drogas:**  Nunca  Actualmente (Tipo): \_\_\_  En el pasado (Tipo) \_\_\_

**¿Haces ejercicio?**  Sedentario (sentado)  Moderado (caminar a paso ligero)  Vigoroso (Correr)

**Estado civil:**  Divorciado  Pareja domestica  Casado  Separado  Soltero  Viudo

**Niños:** ¿Cuántos? \_\_\_ *Número total de personas que viven actualmente con usted:* \_\_\_

**HISTORIAL DE VACUNACIÓN**

**¿Se ha vacunado contra la gripe?**  No  Sí \_\_\_ (MM)/\_\_\_ (YY)  Prefiere no responder

**¿Lo recibes anualmente?**  Sí  No



JAMES H. LEE, MD FACS  
1177 E. WARNER AVE.  
FRESNO, CA 93710  
OFFICE PHONE: 559-702-1390  
OFFICE FAX: 619-519-7073  
[JHLEEMD@VCIFRESNO.COM](mailto:JHLEEMD@VCIFRESNO.COM)  
[INFO@VCIFRESNO.COM](mailto:INFO@VCIFRESNO.COM)

### **CONTACTO DE EMERGENCIA/FAMILIARES MÁS CERCANOS**

La persona enumerada a continuación solo debe ser contactada en caso de una situación de vida o muerte. Solo podemos contactar a la persona a continuación en ciertos casos, tales como: cirugías, procedimientos, cambios en nuestro horario de oficina y / o el proveedor médico no estará en la oficina.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ I por la presente dar permiso al Centro Vascular de Intervención (VCI) para divulgar cualquier información relacionada con mis condiciones médicas a la siguiente persona anterior.

**SI MARCÓ SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN, PROPORCIONE UNA COPIA DE SU DOCUMENTO LEGAL.**

### **DIRECTIVA AVANZADA**

Declaración legal por escrito de los deseos del paciente con respecto al tratamiento médico si está demasiado enfermo para hablar por sí mismo.

¿Tiene una directiva anticipada:  Sí  No

### **PODER NOTARIAL MÉDICO**

Documento legal que otorga autoridad a alguien de confianza para tomar decisiones médicas si está inconsciente, mentalmente incompetente o no puede tomar decisiones por su cuenta.

¿Ha establecido un poder notarial médico?  SÍ  NO

NOMBRE DE CONTACTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO
		( )



JAMES H. LEE, MD FACS  
1177 E. WARNER AVE.  
FRESNO, CA 93710  
OFFICE PHONE: 559-702-1390  
OFFICE FAX: 619-519-7073  
[JHLEEMD@VCIFRESNO.COM](mailto:JHLEEMD@VCIFRESNO.COM)  
[INFO@VCIFRESNO.COM](mailto:INFO@VCIFRESNO.COM)

## DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

*(Este formulario permite que la oficina del Dr. James H. Lee en el Centro Vascular de Intervención (VCI) solicite registros médicos de otros proveedores o centros que cuidan de su salud).*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de mis registros médicos personales, incluidos, entre otros, registros, informes, notas de gráficos, cartas, fotografías, informes o resultados de pruebas (incluidos resultados de pruebas físicas, resultados de pruebas de patología, resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas, EKG, etc.), información financiera (incluida información de seguros y / o estados de cuenta) y cartas de referencia, También doy mi consentimiento y autorizo la discusión de los registros médicos y la información previa al entrenamiento para mí o mi tratamiento, entiendo que estoy autorizando la divulgación de esta información a los centros de diálisis (incluidos DaVita, Fresenius, Community Dialysis y / u otro centro de diálisis no nombrado).

**Vascular Center of Intervention (VCI)**

**1177 E. Warner Avenue**

**Fresno, CA 93710**

**Teléfono: 559-702-1390 Fax: (619) 519 -7073**

Entiendo que, al cantar este comunicado, Vascular Center of Intervention y sus médicos afiliados tienen mi aprobación para recibir mis registros médicos personales como se indicó anteriormente. Entiendo que esta autorización médica permanecerá vigente hasta que sea dado de alta de todos los servicios médicos proporcionados por el Dr. James H. Lee y / o el Centro Vascular de Intervención (VCI) o a menos que yo lo revoque por escrito.

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

## Formulario de consentimiento de fotografía

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **FOTOGRAFÍA DE PERFIL DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Por la presente otorgo permiso al Centro Vascular de Intervención (VCI) para tomar una foto digital de mí para mi historial médico. Entiendo el gráfico. La información solo se utilizará con fines de identificación cuando busque atención médica en el Centro Vascular de Intervención (VCI) y se almacenará permanentemente en mi registro médico y también se almacenará de forma segura para proteger mi privacidad, solo los miembros del personal y el proveedor médico tendrán acceso para ver su fotografía. La fotografía NO se utilizará fuera del Centro Vascular de Intervención (VCI), a menos que yo o mi representante legal demos mi permiso por escrito. Una vez que la fotografía esté almacenada en su registro médico, el Centro Vascular de Intervención (VCI) será el propietario de la fotografía, puede mirar la fotografía o solicitar una copia si yo o mi representante legal firmamos un formulario de autorización. La negativa a fotografiar no afectará mi atención médica. Si prefiero NO ser fotografiado, mi identificación con foto se utilizará para identificarme.

- Sí, acepto que se tome una fotografía de mí SOLAMENTE.
- No, prefiero NO que me tomen una fotografía con fines de identificación.

### **PROPÓSITO DEL SEGURO Y FOTOGRAFÍA DE DOCUMENTACIÓN**

Durante su(s) visita(s) al Centro Vascular de Intervención (VCI), su proveedor de atención médica puede encontrar útil para manejar su atención al fotografiar cualquier herida y / o úlcera, venas varicosas y cualquier lesión hecha durante y / o después de cualquier tratamiento. Los miembros de nuestro personal y los proveedores médicos documentarán la ubicación específica y la apariencia de su afección o hallazgos clínicos. El propósito de la fotografía médica es documentar los hallazgos, la atención y el progreso del tratamiento. Las imágenes serán protegidas y manejadas de acuerdo con las regulaciones de privacidad aplicables de HIPAA.

Las fotografías médicas no se utilizarán para ningún otro propósito que no sea su cuidado y tratamiento sin su consentimiento expreso por escrito. Puede negarse a que se tomen fotografías en cualquier momento; Sin embargo, esto puede retrasar el curso de mi tratamiento debido a que el seguro y / o el proveedor necesitan documentación digital para la aprobación de los tratamientos y / o procedimientos discutidos para mis síntomas y diagnóstico.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la información que contiene este consentimiento.

- Estoy de acuerdo en que se tomen fotografías médicas.
- Prefiero NO tomar fotografías médicas.

Al cantar a continuación, entiendo y leo el propósito de las fotografías solicitadas por el Dr. James H. Lee y / o el Centro Vascular de Intervención (VCI).

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

## **DIRECTIVAS DE OFFICE Y AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD**

Este es *solo un resumen* de las políticas de la oficina del Centro Vascular de Intervención (VCI) y el aviso de práctica de privacidad, si desea tener una copia impresa de las políticas de la oficina completa y el aviso de práctica de privacidad, consulte a uno de los miembros del personal médico.

### **POLÍTICA FINANCIERA DEL CENTRO VASCULAR DE INTERVENCIÓN (VCI)**

La siguiente es una declaración resumida de nuestra Política financiera, que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestros formularios de información del paciente e información del seguro antes de ver al médico (s)

Los copagos, deducibles y servicios no cubiertos vencen al momento del servicio.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos los servicios prestados, pueden ser servicios no cubiertos, de los cuales usted será responsable si no se paga.

**GARANTÍA DE PAGO:** El abajo firmante se compromete solidariamente, ya sea firmando como paciente o garante, a garantizar el pago de la cuenta de acuerdo con las tarifas y términos estándar.

Además, entiendo que cualquier saldo restante después de que el seguro apruebe o niegue el pago es mi responsabilidad pagar, incluida cualquier cantidad no pagada por una póliza de seguro secundaria o complementaria.

Todos los saldos vencidos de más de 180 días estarán sujetos a ser entregados a cobros.

En el caso de que los cargos incurridos no se paguen en su totalidad cuando se instituya la actividad de vencimiento y cobranza, ya sea por una agencia de cobranza o un abogado, usted acepta ser responsable y pagar, además de los cargos incurridos, todos los costos asociados con dicha actividad de cobranza, incluidos, entre otros, honorarios razonables de cobranza, honorarios de abogados, costos judiciales y honorarios contingentes a agencias de cobro de no menos de treinta y cinco por ciento.

El proveedor de servicios tiene el derecho de rescindir los servicios en función del incumplimiento de todos o cualquier acuerdo y política de oficina.

En el caso de que un paciente se considere "Fuera de la red", todos los pagos pagados directamente al paciente deben ser autorizados y los cheques / pagos entregados a VCI. La falta de asignación de los pagos a VCI dará lugar al proceso de cobro mencionado anteriormente.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Tenga en cuenta que una vez que haya programado una cita con nosotros, significa que hemos reservado tiempo en nuestro horario exclusivamente para usted. Si cancela su cita menos de 24 horas antes de lo programado, estará sujeto a una tarifa de no presentación de \$ 20 para todas las visitas a la clínica y al ultrasonido. También habrá un cargo de \$ 40.00- \$ 60.00 para todas las cirugías y / o procedimientos que no se cancelen dentro de un aviso de 24 horas.

Para evitar un cargo por cancelación, proporcione un aviso de cancelación al menos 24 horas antes de su cita. Puede cancelar o reprogramar una cita llamando a nuestra oficina al 559-702-1390, enviando un mensaje de texto al 559-797-0000 o simplemente dejando un correo de voz detallado.

### **DERECHOS DEL PACIENTE, RESPONSABILIDADES Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**DERECHOS DEL PACIENTE:** Conocimiento del nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención y los nombres y relaciones profesionales de otros médicos que lo atenderán.

Reciba información de su médico sobre su enfermedad, su curso de tratamientos y sus perspectivas de recuperación en términos que pueda entender.

Recibir tanta información sobre el tratamiento o procedimiento propuesto como pueda necesitar para dar su consentimiento informado o rechazar este curso de tratamiento.

Excepto en casos de emergencia, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos involucrados en este tratamiento, cursos alternativos de tratamiento o no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno, y conocer el nombre de la persona que llevará a cabo este procedimiento.

En la medida permitida por la ley, esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.

La discusión del caso, el examen de la consulta y el tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo discretamente.

Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención y visita a VCI. Se obtendrá su permiso por escrito antes de que sus registros médicos puedan estar disponibles para cualquier persona que no esté directamente relacionada con su atención.

Razonablemente continuidad de la atención y saber de antemano la hora y el lugar de la cita, así como el médico que brinda la atención.

Tenga en cuenta si VCI / médico propuso participar o realizar experimentos humanos que afecten su atención o tratamiento.

Hacer que todos los derechos del paciente se apliquen a la persona que pueda tener la responsabilidad legal de tomar decisiones con respecto a la atención médica en nombre del paciente.

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** La atención que recibe un paciente depende parcialmente del propio paciente.

El paciente es responsable de dar a conocer si comprende claramente el curso de su tratamiento médico y lo que se espera de él.

El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento establecido por sus médicos, incluida la instrucción de enfermeras y otros profesionales de la salud mientras llevan a cabo las órdenes del médico.

El paciente es responsable de sus acciones en caso de que rechace el tratamiento o no siga las órdenes.

El paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su cuidado se cumplan lo antes posible.

El paciente es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal de la instalación.

El paciente es responsable de ser respetuoso con su propiedad personal y otras personas en el laboratorio.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud (como paciente de esta práctica) y cómo puede obtener acceso a su información de salud de identificación individual. Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud identificable individualmente (también llamada información de salud protegida o PHI). También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad que tenemos vigente en ese momento.**

Somos conscientes de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante: Cómo podemos usar y divulgar su PHI: Sus derechos de privacidad en su PHI, nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI. Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI creados o retenidos por nuestra práctica. Podemos usar y divulgar su PHI de las siguientes maneras: Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su PHI. Podríamos usar su PHI para escribir una receta para usted, o podríamos divulgar su PHI a una farmacia cuando ordenemos una receta para usted. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica, incluidos, entre otros, nuestros médicos y enfermeras, pueden usar o divulgar su PHI para tratarlo o ayudar a otros en su tratamiento. Podemos divulgar su PHI a otras personas que puedan ayudarlo en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres. Finalmente, también podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que pueda recibir de nosotros. Podemos usar su PHI para facturarle directamente por servicios y artículos. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades de atención médica para ayudar en sus esfuerzos de facturación y cobro. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, o para realizar actividades de administración de costos y planificación comercial para nuestra práctica. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades de atención médica para ayudar en sus operaciones de atención médica. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle una cita. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención, o que ayude a cuidarlo. Nuestra práctica usará y divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado. Podemos divulgar PHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley: Con respecto a una víctima de un delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona, Con respecto a una muerte que creemos que ha resultado de una conducta criminal, Con respecto a la conducta criminal en nuestras oficinas, En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso legal similar. Para identificar/localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida, en una emergencia, para denunciar un delito del delito, o la descripción, identidad o ubicación del autor). Nuestra práctica puede divulgar PHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a organizaciones que manejan la obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si usted es donante de órganos. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. Nuestra práctica puede divulgar su PHI si usted es miembro de fuerzas militares estadounidenses o extranjeras y si así lo requieren las autoridades correspondientes. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Nuestra práctica puede divulgar su PHI para compensación de trabajadores y programas similares.

**Sus derechos con respecto a su PHI:** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted: Tiene derecho a solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de su PHI solo a ciertas personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares y amigos. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI, debe hacer su solicitud por escrito al Gerente de la Oficina de VCI a la dirección y número indicados anteriormente. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la PHI que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito al Gerente de la Oficina de VCI a la dirección y número indicados anteriormente para inspeccionar y/u obtener una copia de su PHI. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copia, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos la información que, en nuestra opinión, es precisa y completa; no forma parte de la PHI mantenida por o para la práctica; no forma parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para modificar la información. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un "Balance de divulgaciones". Una "Contabilidad de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho de su PHI para fines no relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones. No es necesario documentar el uso de su PHI como parte de la atención rutinaria del paciente en nuestra práctica, por ejemplo, que el médico comparta información con la enfermera; o el departamento de facturación que utiliza su información para presentar su reclamo de seguro. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su PHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su PHI por los motivos descritos en la autorización.

*Al firmar a continuación, he leído y acepto las políticas de la oficina del Centro Vasular de Intervención (VCI), mis derechos y responsabilidades como paciente y el Aviso de prácticas de privacidad, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre la información que contiene este consentimiento y deseo continuar la atención.*

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