

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: (301)681-3100
FAX: (301) 681-3367

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C.
ASHOK L. GOWDA, M.D.

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT MD 20770
OFFICE: (240) 764-7730
FAX: (240) 764-7732

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN

Número de Seguro Social: _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Edad _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino
Soltero(a) Casado(a) Sep/Div. Viudo(a) Estudiante

Dirección _____ Número de Apt. _____

Ciudad y Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Celular _____

Empleador _____ Posición _____

Nombre del Esposo(a) _____ Número de Seguro Social del Esposo(a) _____

Si es Menor de Edad, nombre del Tutor _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador del Tutor _____ Telefono _____

Seguro de Salud Primario _____ **Seguro de Salud Secundario** _____

Numero de ID: _____ **Numero de ID:** _____

Nombre de la Persona Responsable del Seguro _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Embarazada? No _____ Si _____ ¿Alergia a medicamento? No _____ Si _____ Indique cual: _____

¿**Accidente de Auto?** Si _____ No _____ Fecha del Accidente: _____ Nombre de Su Seguro de Auto _____

Numero de Reclamo/Caso con su seguro de Auto _____ Numero de Póliza _____

¿Reporto el accidente? Si _____ No _____ ¿A quien? _____ Nombre del dueño de la Póliza _____

¿**Accidente de Trabajo?** Si _____ No _____ Fecha del Accidente: _____ Era Usted Chofer o Pasajero
Circule uno

¿Reporto el accidente? Si _____ No _____ ¿A quien? _____

Empleador donde tuvo el accidente: _____ Teléfono _____ Ext. _____

Nombre de la Aseguración de Compensación _____

Número de Caso de Compensación _____

Dirección _____

Ajustador(a) de su caso _____ Teléfono _____

NOMBRE DE SU ABOGADO _____ **TELEFONO** _____

Mientras los cobros son sometidos a todos los seguros necesarios a fin de acelerar el pago, todos los servicios son de exclusiva responsabilidad del paciente y/o tutor.

Yo autorizo la liberación de información médica a mi abogado, compañía de seguros y/o compañía de compensación.

Yo concedo que todos los beneficios sean pagados directamente al proveedor de servicios.

FIRMA _____

Arthroscopic Surgery
Reconstructive Joint Surgery

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: 301-681-3100
FAX: 301-681-3367

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C
ASHOK L. GOWDA, M.D.
PRACTICE LIMITED TO ORTHOPAEDIC SURGERY

Sports Medicine
Physical Therapy

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT, MARYLAND 20770
OFFICE: 240-764-7730
FAX: 240-764-7732

ASSIGNMENT & AUTHORIZATION

I hereby authorize Drs. Rosenthal & Siekanowicz, L.L.C. to furnish my attorney(s) and/or Insurance Company any medical reports requested in reference to the injury(ies) sustained by me, my child, or my children.

I further authorize and direct the said attorney(s), or attorney's(s), successor(s), designee(s), or Insurance Company to pay from the proceeds of any recovery in my case to Drs. Rosenthal & Siekanowicz L.L.C. all fees and costs incurred for professional services rendered including reports. I hereby specifically agree to permit and direct any other additional, future or new attorney(s) or representative(s) of mine, my child or children, to do the same.

I UNDERSTAND THAT THIS IN NO WAY RELIEVES ME OF MY PERSONAL PRIMARY RESPONSIBILITY TO PAY DRs. ROSENTHAL & SIEKANOWICZ, L.L.C. FOR SUCH SERVICES WHEN RENDERED, AND I AGREE TO PAY COSTS INCURRED IN THE COLLECTION OF THESE CHARGES INCLUDING REASONABLE ATTORNEY FEES. I HEREBY AGREE TO WAIVE THE DEFENSE OF THE STATUTE OF LIMITATIONS AS IT PERTAINS TO ANY CLAIM FILED AGAINST ME BY REASON OF ANY UNPAID BILL. IF I REQUEST THAT MY MEDICAL INSURANCE COMPANY BE BILLED, THEN I AGREE TO BE RESPONSIBLE FOR ALL SERVICES RENDERED WHICH ARE NOT FULLY REIMBURSED BY ANY PRE-EXISTING PARTICIPATION AGREEMENT WITH INSURANCE COMPANIES. I ALSO UNDERSTAND THAT FEES FOR LEGAL REPORTS AND EVALUATIONS ARE NOT INCLUDED IN ANY PARTICIPATION AGREEMENT. I AGREE TO ALLOW MY ATTORNEY TO FURNISH HOME OR WORK RELATED INFORMATION PERTAINING TO MYSELF OR FAMILY TO AID IN COLLECTION OF THE BILL.

It is very **IMPORTANT** that **ALL** of the information below be **COMPLETED**.
A **MEDICAL REPORT CANNOT** be prepared without this information.

PATIENT'S NAME _____ DATE OF INJURY _____
please print

ADDRESS _____

SIGNATURE OF PATIENT _____ DATE OF _____
AUTHORIZED PERSON **X** _____ SIGNATURE _____
sign here

NAME OF ATTORNEY _____

ADDRESS OF ATTORNEY _____

THE UNDERSIGNED ATTORNEY FOR THE PATIENT REFERRED TO HEREIN ABOVE, HEREBY AGREES TO COMPLY FULLY WITH THE FOREGOING ASSIGNMENT & AUTHORIZATION AND AGREES TO ADVISE THE NAMED DOCTOR(S), IN WRITING, WITHIN TEN DAYS OF THIS REQUEST THEREOF OF THE STATUS OF THE CLAIM OF THE AFORESAID PATIENT(S).

I also agree to withhold any pay from the proceeds from settlement, collection of judgment PIP, med-pay or other insurance proceeds the amount of the doctor's charges after contacting the doctor's office to obtain a current balance. I agree to notify the doctor immediately of any change in the status of the claim which may preclude payment of the doctor's charges.
I agree to require any attorney to whom the undersigned refers this case, with or outside the firm, to honor this assignment, as a condition of referral.

SIGNATURE OF _____ DATE OF _____
ATTORNEY **X** _____ SIGNATURE _____

Please SIGN, DATE & RETURN **ONE COPY** of this Assignment to the doctor's office.
The medical report cannot be released to you until we have two signatures.

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: (301)681-3100
FAX: (301) 681-3367

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C.
ASHOK L. GOWDA, M.D.
PRACTICE LIMITED TO ORTHOPAEDIC SURGERY

8721 GREENBELT ROAD, SUTE 203
GREENBELT MD 20770
OFFICE: (240) 764-7730
FAX: (240) 764-7732

ASIGNACION Y AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a Drs.Rosenthal y Siekanowicz, LLC a dar a mi abogado(s) y/o compañía de seguros todos los informes médicos solicitados en referencia a la lesión(es) sostenida por mí, mi hijo, o mis hijos.

Además, autorizo a este abogado(s), o sucesor(es), designado(s), o la Compañía de Seguros a pagar con el producto de una eventual recuperación en mi caso a los Drs. Rosenthal y Siekanowicz, LLC todos los honorarios y costos incurridos por representante autorizado(s) a mi, mi hijo o hijos, a hacer lo mismo.

Entiendo que esto de ninguna manera me excusa de mi responsabilidad personal a pagar a los Drs.Rosenthal y Siekanowicz, LLC para tales servicios cuando sean rendidos, y estoy de acuerdo en pagar los costos incurridos en la colección de estos cargos, incluyendo los honorarios razonables del abogado. Yo estoy de acuerdo en renunciar a la defensa de la estatua de limitacionesde en lo que respecta a cualquier reclamación presentada contra mí por causa de cualquier cobro sin pagar. Si yo solicito que mi compañía de seguros médicos sea facturada, entonces estoy de acuerdo que sea responsable de todos los servicios prestados que no son reembolsados en su totalidad por cualquier acuerdo de participación ya existentes con compañías de seguros. También entiendo que los honorarios de los informes jurídicos y la evaluación no se incluyen en un contrato de participación. Yo estoy de acuerdo a permitir que mi abogado proporcione informacion relativa de mi casa o del trabajo de mí mismo o de mi familia para ayudar en la recaudación de la factura.

Es muy **IMPORTANTE** que **TODA** la información este **COMPLETA**.
SU INFORME MEDICO NO se puede preparar sin esta información.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA DEL A COIDENTE** _____
ESCRIBA SU NOMBRE

DIRECCION _____

POR FAVOR FIRME EL FORMULARIO ORIGINAL

NOMBRE DE SU ABOGADO _____

DIRECCIÓN DEL ABOGADO _____

EL ABOGADO QUE SUSCRIBE PARA EL PACIENTE MENCIONADO ARRIBA, SE COMPROMETE A CUMPLIR PLENAMENTE CON LA ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN ANTERIOR Y SE COMPROMETE A ASESORAR A LOS MÉDICOS CON NOMBRE (S), POR ESCRITO, EN EL PLAZO DE DIEZ DÍAS DE LA SOLICITUD DEL MISMO DE LA SITUACIÓN DE LA DEMANDA DE LA PACIENTE MENCIONADO(S).

Estoy de acuerdo en retener cualquier pago de los ingresos procedentes de liquidación, recaudación de juicio PIP, Med-pago u otros productos de seguros de

La cantidad de carga del médico después de contraer el consultorio del médico para obtener un equilibrio actual. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a su médico de cualquier cambio en el estado de la reclamación que pudiera cambiar pago perjudicar los cargos del médico.

Yo estoy de acuerdo para requerir a cualquier abogado a quien el firmante se refiere en este caso, con o fuera de la empresa, para honrar a esta tarea, como condición de referencia.

Por favor, firmar, fechar y devolver UNA COPIA de esta asignación a la oficina del médico. El informe médico no puede ser puesto en libertad a su nombre hasta que tengamos dos firmas.

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C.
ASHOK L. GOWDA, M.D.
PRACTICE LIMITED TO ORTHOPAEDIC SURGERY

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: (301)681-3100
FAX: (301) 681-3367

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT, MARYLAND 20770
OFFICE: (240) 764-7730
FAX: (240) 764--7732

FECHA DEL ACCIDENTE/LESION: _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LOS SERVICIOS DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR:

Yo autorizo a mi compañía de seguros el pago de todos mis cobros adquiridos debido a esta lesión directamente al proveedor de servicios, los Drs. Rosenthal & Siekanowicz, L.L.C. (A. Roy Rosenthal, M.D., P.A & Andrew J. Siekanowicz, M.D., P.L.L.C.)

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA CUANDO SEA ADQUERIDA

Yo autorizo la revelación de cualquier información médica relacionada con la lesión de la fecha de arriba a petición de mi compañía de seguro de salud/compensación de los trabajadores/automóvil). La liberación de información médica puede ser para el propósito incluyendo, pero no limitado a: solicitud de pago, autorización previa, pre-certificación, revisión médica.

Si yo estoy representado(a) por un abogado, autorizo información de mi expediente médicos de revelado conforme a lo solicitado.

Si mi plan de salud requiere una referencia para mis visitas medicas, es mi responsabilidad proporcionar una referencia actual, aunque mi tratamiento sea cubierto por otra fuente de pago (compensación de los trabajadores/auto). Falta de referencias actuales como exige mi plan de seguro de salud puede resultar a que yo sea responsable por los cargos no cubiertos por mi plan de salud. Esta oficina también se reserva el derecho de reprogramar cualquier cita si una referencia actual no sea proporciona.

Yo soy responsable por todos los co-pagos/deducibles y cualquier cobro no cubierto por mi plan de salud, según lo determine la disposición política de mi plan de salud.

Yo entiendo que la falta de pago que me corresponde o cualquier saldo adeudado puede resultar en el envío de su cuenta a la agencia de colección/abogado para coleccionar lo que se debe. La agencia de colección o abogado puede cobrar sus propias cuotas si es necesario.

POR FAVOR FIRME EL FORMULARIO ORIGINAL

*La información médica y registros pueden contener información relacionada a la historia pasada, lesiones, cirugías, medicamentos y enfermedades como las enfermedades transmisibles. También puede contener información personal incluyendo, pero no limitado a la fecha de nacimiento, seguro social, información de empleo, discapacidad, abogado etcétera.

Arthroscopic Surgery
Reconstructive Joint Surgery

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: 301-681-3100
FAX: 301-681-3367

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C
ASHOK L. GOWDA, M.D.
PRACTICE LIMITED TO ORTHOPAEDIC SURGERY

Sports Medicine
Physical Therapy

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT, MARYLAND 20770
OFFICE: 240-764-7730
FAX: 240-764-7732

Date of Accident/Injury _____

Authorization to pay benefits for services directly to provider:

I hereby authorize my insurance carrier to pay and all benefits directly to the provider of services, Drs. Rosenthal & Siekanowicz, L.L.C. (A. Roy Rosenthal, M.D., P.A, Andrew J. Siekanowicz, M.D., P.L.L.C. and Ashok L. Gowda, M.D.)

Authorization to release medical information/records as requested:

I hereby authorize the release of any medical information relating to this injury (see above date) as requested by my insurance carrier (Health/workers comp/Automobile). The release of medical information may be for purposes including but not limited to:

Request for Payment, Pre-authorization, Pre-certification, Medical review.

If I'm represented by an Attorney, I authorize medical information/records be released as requested.

If my Health Plan requires a referral for office visits it is my responsibility to furnish this office with current referrals even in the event my treatment may be covered by another source of payment (workers comp/auto/liability). Failure to provide current referrals as required by my Health Plan may result in my being held responsible for any charges not covered by my Health Plan. This office also reserves the right to reschedule any appointment if a current referral is not provided.

I am responsible for all co-payments/deductibles and any item not covered by my Health plan, as determined my Health Plan Policy Provisions.

Failure to pay the patient portion any balance owed may result in account being forwarded to collection agency/ attorney office for collection purposes. Collection agency/attorney fees may be included in the bill if required.

Patient's Name: _____ **Date:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

(If patient is a minor, parent or guardian must sign below to consent for treatment/assignment of benefits and authorization for direct payment from Health Plan)

Parent/Guardian: _____ **Print Name:** _____

*MEDICAL INFORMATION/RECORDS MAY CONTAIN INFORMATION RELATED TO PAST HISTORY; INJURIES, SURGERIES, MEDICATIONS & ILLNESSES INCLUDING COMMUNICABLE DISEASES. THEY MAY ALSO CONTAIN PERSONAL INFORMATION INCLUDING BUT NOT LIMITED TO DATE OF BIRTH, SOCIAL SECURITY, EMPLOYMENT INFO, DISABILITY., ATTORNEY ETC.

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C.
ASHOK L. GOWDA, M.D.
PRACTICE LIMITED TO ORTHOPAEDIC SURGERY

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: (301)681-3100
FAX: (301) 681-3367

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT, MARYLAND 20770
OFFICE: (240) 764-7730
FAX: (240) 764-7732

**USO Y REVELACION DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y
CONSENTIMIENTO**

El folleto educativo titulado "Aviso de Prácticas de Privacidad" proporciona información acerca de cómo los **Drs. Rosenthal y Siekanowicz, LLC** puede usar y revelar información médica confidencial acerca de usted, y cumple con los requisitos de Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidades de 1996 (HIPPA).

Nuestro aviso de prácticas de privacidad dice que reserva el derecho de cambiar los términos descritos. Si esto sucede, usted será notificado en su próxima visita a nuestra oficina.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo su protegida información de salud sea utilizada o revelada para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. No estamos requeridos de acuerdo a sus restricciones, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted en hacerlo.

Al firmar, usted afirma que leo nuestro **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**.

Firma del Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar abajo, usted autoriza el uso y la revelación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, a excepción de las revelaciones que ya hemos hecho en la confianza de su consentimiento previo.

Solicito que el pago de Medicare autorizado / beneficios del seguro de compañía se hagan en mi nombre a los **Drs. Rosenthal y Siekanowicz, LLC** para cualquier servicio proporcionado a mí por el médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a comunicar a los Centros de Servicios de Medicare / Medicaid, al agente y / o cualquier otro portador de seguro para los que tengo cobertura, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Estoy de acuerdo en proporcionar todas las referencias y plan de tratamiento (s) según sea necesario por mi compañía de seguro (s). Todos los co-pagos deben ser pagados en el momento del servicio, de conformidad con el contrato de su seguro(s).

Firma del Paciente

Fecha

Escriba su nombre completo

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA: SI USTED TIENE PREGUNTAS O DESEA INFORMACIÓN ADICIONAL, CONTACTE A HIPAA POLICY OFFICE PARA ESTA PRÁCTICA. SI USTED CREE QUE SU PRIVACIDAD HA SIDO VIOLADA, PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA POR ESCRITO AL SECRETARIO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS. NO HABRÁ REPRESALIAS POR SOMETIR UNA QUEJA.

Drs. Rosenthal, Siekanowicz & Gowda

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

REVIEW OF SYMPTOMS

REVISION DE SINTOMAS

SINTOMAS QUE TIENE ACTULMENTE	SI	NO	GASTROINTESTINAL	SI	NO
PROBLEMAS DE BALANCE			DIFICULTAD DE INGESTIÓN		
DIFICULTAD CAMINANDO			ULCERAS O GASTRITIS		
USA UN BASTON O ANDADOR					
MAREOS			CARDIOVASCULAR		
DOLOR DE CABEZA			DOLOR DE PECHO/TOZ		
PERDIDA DE PESO			DOLOR AL RESPIRAR		
PERDIDA DE CONOSIMIENTO					
VISION BORROSA O DOBLE			PIEL		
			MORETES FACILMENTE		
ALERGIAS			CORTADAS O LLAGAS		
LÁTEX/NÍQUEL					
MEDICAMENTOS			FEMENINO		
			EMBARAZADA		
DOLOR O DEBILIDAD EN:			FECHA		
CUELLO					
BRASOS			ENFERMEDADES HEREDITARIAS		
HOMBROS			(corazón, pulmones, neurológico etc.)		
MANOS					
ESPALDA					
INGLE					
CADERAS			CONDICIÓN MEDICA		
RODILLAS					
PIERNAS					
PIES					
ADORMECIMIENTO			MEDICAMENTOS QUE ESTE TOMANDO		
TIENE DOLOR CON:					
FLEXIÓN DE ELEVACIÓN					
EMPUJAR O JALAR					
SENTARSE O PARARSE			LESIONES PREVIAS		
SUBIR GRADAS					
CAMBIO DE CLIMA					
ACTIVIDADES QUE REQUIERE SUBIR LOS BRASOS					
			CIRUGÍAS Y FECHAS		
¿ALGUNA VEZ LE HAN HECHO EL EXAMEN?					
HEPATITIS circule uno + -					
HIV circule uno + -					
USTED					
FUMA En caso que si, ¿cuántos?					
TOMA ALCOHOL En caso que si, ¿cuántos?					
URINARIO					
INCONTINENCIA/CONTROL INTESTINAL					
DIFICULTAD O DOLOR ORINANDO					

FIRMA: _____

EMERGENCY CONTACT SHEET

DATE _____

PATIENT'S NAME _____ ACCT# _____

In an emergency where I am unconscious to communicate, please notify the persons below.

NOTIFY PERSON #1: _____

HOME PHONE: _____

CELL PHONE: _____

EMAIL: _____

NOTIFY PERSON #2: _____

HOME PHONE: _____

CELL PHONE: _____

EMAIL: _____

En caso de emergencia donde yo este inconsciente o no pueda comunicarme,
Por favor notifique a las siguientes personas.

NOTIFIQUE A PERSONA #1: _____

TELEFONO DE CASA: _____

TELEFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOTIFIQUE A PERSONA #2: _____

TELEFONO DE CASA: _____

TELEFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

PPARTHROSCOPIC SURGERY
RECONSTRUCTIVE JOINT SURGERY

SPORTS MEDICINE
PHYSICAL THERAPY

A. ROY ROSENTHAL, M.D., P.A.
ANDREW J. SIEKANOWICZ, M.D., P.L.L.C.
ASHOK L. GOWDA, M.D.
PRACTICE LIMITED TO ORTHOPAEDIC SURGERY

10313 GEORGIA AVENUE, SUITE 107
SILVER SPRING, MARYLAND 20902
OFFICE: (301)681-3100
FAX: (301) 681-3367

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT, MARYLAND 20770
OFFICE: (240) 764-7730
FAX: (240) 764-7732

Como parte de los requisitos del Gobierno Federal para Archivos Médicos Electrónicos, nosotros estamos obligados a pedirle la siguiente información:

Nombre: _____

Etnicidad: Por favor marque todos los que aplican:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Múltiple Etnicidades

Raza: Por favor marque todos los que aplican:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Africano Estadounidense
- Nativo de Hawai o otro Isleño del Pacifico
- Blanco
- Múltiple Razas

Idioma Preferido: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ENTENDER LA SALUD DE REGISTRO E

INFORMACIÓN: Cada vez que usted visita el hospital, el médico o proveedor de atención médica, un registro de su visita se hace: por lo general, este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnóstico, tratamiento y un plan para cuidado o tratamiento futuro. Esta información se refiere a menudo como su salud o su expediente médico, sirve como base para la planificación de su cuidado y tratamiento y sirve como un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que atribuyen a su cuidado. Entender lo que está en su historia y cómo su información médica se utiliza puede ayudarle a asegurar su exactitud, a entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud, y tomar decisiones más informadas al autorizar la revelación su informe médico a otros.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD: a menos que sea requerido por la ley su expediente médico es propiedad física del profesional de la salud o el hospital que lo cumplan, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones/revelaciones de su información, y pedir enmiendas a su expediente médico. Usted puede obtener un informe de las revelaciones de su información de salud, las comunicaciones o petición de información sobre su salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, revocar su autorización para usar o revelar información de salud con excepción de qué medida en que la acción ya ha sido tomada.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES: esta organización está obligada a mantener la privacidad de su información de salud, y además, le proporcionará un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted. Esta organización debe cumplir con los términos de este aviso, le notificaremos si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada, las solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivas las nuevas provisiones para toda la información de salud protegida que mantenemos. En caso que nuestras prácticas de información cambian, le enviaremos una notificación revisada a la dirección que usted ha proporcionado. Si mantenemos un sitio web que proporciona información acerca de nuestros servicios al cliente o beneficios que se publicará nuevo aviso en el sitio Web. No vamos a usar o revelar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

acompaña la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Nosotros usaremos su información de salud para las operaciones de salud regulares. Por ejemplo: Los miembros del personal médico, el riesgo o el administrador de mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejora de la calidad pueden usar información de su expediente para valorar la atención y los resultados de su caso y otros similares. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la asistencia sanitaria y el servicio que ofrecemos.

Asociados de Negocios. Puede haber algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios de negocios. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el servicio de urgencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio, y un servicio de copiado que utilizamos cuando hacemos copias de su expediente médico. Cuando se contratan estos servicios, podemos revelar parte o la totalidad de su información médica a nuestros Asociados de Negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido. Para proteger su información de salud, sin embargo, se requiere que el Asociado comercial proteja de forma apropiada su información.

Directorio (pacientes hospitalizados): A menos que nos notifique que usted se oponga, nosotros usaremos su nombre, ubicación en el centro, condición general y afiliación religiosa para los propósitos de la guía. Esta información puede ser proporcionada a miembros del clero y, excepto la afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre.

Notificación: Podemos usar o revelar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia: los profesionales de la salud, usando su mejor juicio, pueden revelar a un miembro de la familia, otros parientes, amigos cercanos o cualquiera otra persona a la que la identidad, información médica pertinente a la persona de la participación que en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

Investigación (hospitalarios): Podemos revelar información a investigadores cuando una junta de revisión institucional, que ha revisado la propuesta de investigación y estableció protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud, ha aprobado su investigación.

Directores de Funeral: Podemos revelar información médica a directores de funerarias, de acuerdo con la legislación aplicable para llevar a cabo sus funciones.

Órgano de contratación organizaciones: De conformidad con la ley aplicable, podemos revelar información médica a organizaciones de procuración de órganos u otras entidades que participan en la obtención, almacenamiento, o trasplante de órganos con el propósito de la donación y trasplante de tejidos.

Comercialización: Es posible que nos contactemos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y los servicios que pueden ser de interés para usted.

La recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted como parte del esfuerzo de recaudación de fondos.

Alimentación y Administración de Draga (FDA): Como es requerido por la ley, podemos revelar a la FDA información médica relativa a los eventos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, productos y defectos del producto y el producto, o información de vigilancia post-comercialización para permitir la retirada de productos, reparaciones, o el reemplazo.

Trabajadores de compensación: Podemos revelar información de salud a la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes de compensación al trabajador u otros programas similares establecidos por la ley

Salud pública: por lo que requieren la ley, podemos revelar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de seguimiento de los nacimientos y defunciones, así como anuncios de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Institución correccional: Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos revelar a la institución o a sus agentes la información médica necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otros individuos. Un preso no tiene el derecho a la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Aplicación de la Ley: Podemos revelar información médica para fines de aplicación de la ley si lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. La ley federal dispone que su información médica para ser entregado a una agencia de salud de supervisión adecuada, la autoridad de salud pública o abogado, a condición de que un miembro de la fuerza de trabajo o socio de negocios cree de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o han violado de otra manera profesional o las normas clínicas y pueden potencialmente poner en peligro uno o más pacientes, trabajadores o el público.

Aviso de disponibilidad de Prácticas: aviso será un lugar prominente en la oficina donde se produce el registro y los pacientes dispondrán de una copia.

Creemos que su información de salud es privada para usted. Hacemos todo lo posible para proteger su información contra la revelación innecesaria. Algunas de las características de nuestra práctica incluyen los siguientes procedimientos:

Se puede utilizar hoja de registro para facilitar las visitas de pacientes.

Cuando legalmente proceda, se destruya la información que puede contener información privada de salud.

Contamos con servidores de seguridad y protegemos su información médica a individuos no autorizados.

Educamos a nuestros empleados sobre la importancia de proteger la información de salud.

Se requiere su autorización por escrito antes de revelar información a las fuentes que no se define en este documento.

Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito.



Esta publicación educativa tiene licencia y está autorizado por la Sociedad Médica del Condado de Montgomery (Montgomery, MD del Condado. [Http://www.mcmecdsoc.org](http://www.mcmecdsoc.org)) y está certificado para HIPPA denuncia en el momento de la impresión (marzo de 2003) 2003 scriptoria LLC Médico del Condado de Montgomery logotipo de la Sociedad de UED con un permiso especial. www.comstock.com Fotos. Esta publicación educativa se proporciona en una base de suscripción, y no pueden ser copiados, reproducidos, reutilizados o transmitida por cualquier medio sin autorización escrita de la forma editorial. Los derechos de autor y la información completan renuncia de responsabilidad, por favor, consulte <http://www.scriptoria-llc.com/mdforms.disclaimer.html>

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y revelada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

Para más información o para reportar un problema: Si tiene alguna pregunta o desea información adicional, por favor ponte en contacto con el HIPPA Oficial de Políticas para esta práctica. Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja por escrito al Secretario de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por llenar una queja.



Drs. Rosenthal & Siekanowicz, L.L.C.
Ashok I. Gowda, MD
10313 Georgia Ave. Suite 107
Silver Spring, MD 20902
301-681-3100
301-681-3367 (fax)

8721 GREENBELT ROAD, SUITE 203
GREENBELT, MARYLAND 20770
OFFICE: (240) 764-7730
FAX: (240) 764-7732



Aviso de Prácticas de Privacidad

