

Por favor lea atentamente, inicial, firme y fecha.

Poliza de Seguros:

Como cortesía a usted, vamos a presentar a la mayoría de las compañías de seguros si usted nos ha proporcionado un número de políticas, dirección, lugar de trabajo y cualquier otra información pertinente. Seguros provee el reembolso de los gastos médicos permitidos. Usted es responsable de todos los deducibles, cargos no cubiertos por el seguro de co-seguros y. Por favor entienda que no podemos, como tercero, participar en las negociaciones de seguros prolongados, esta es tu responsabilidad. Estaremos encantados de proporcionar una declaración detallada puede enviar a su compañía de seguros para el pago.

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente a William C. Cohen, HAGO por los servicios prestados. Yo entiendo que puedo ser financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta autorización.

Iniciales: _____

Politica de la Oficina en el Pago:

El nuestra política para exigir el pago de todos los gastos de oficina en el momento del servicio, a menos que los acuerdos anteriores se han hecho específicamente. Todas las responsabilidades de copago son a pagar a la / proceso de check-in antes de la llegada de su visita.

Iniciales: _____

La Autorización para Liberar los Registros Médicos:

Por la presente autorizo a William C. Cohen, D.O. a revelar cuando sea solicitado por el transportista antes mencionado de seguro (s) o sus representantes cualquier y toda la información con respecto a cualquier enfermedad (es), lesiones (es), historial médico, o tratamiento y copias de todos los registros médicos.

Iniciales: _____

Consentimiento para el Examen

Yo, _____, autorizo, William C. Cohen, D.O. para realizar una consulta, examen
(en letra de molde)

físico, pruebas diagnósticas y/o tratamientos terapéuticos como sea necesario para tratar mi condición.

Firma del Paciente/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Formulario de Historial Medico

Condicion Medica Actual:

Motivo de su visita (síntomas): _____

Cantidad de tiempo que han tenido el problema: _____

Has estado prescrito medicamentos para ello? Si No

En caso afirmativo, indique el medicamento(s): _____

Informacion de Medicamentos:

Nombre de Farmacia Preferida: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Telefono: () _____ - _____ Altura: _____ Peso: _____

Escribir todos los medicamentos: Ver lista adjunta No aplica

Historia de la alergia:

Escribir cualquier alergia: Alergia a medicamentos no conocida

Alguna vez has tenido dificultades con? Anestesia local Anestesia general No aplica

En caso afirmativo, escriba su reaccion: _____

Historia Medica: (Por favor revise "SI" or "NO")

	SI	NO		SI	NO
Problemas de corazon	_____	_____			
Enfermedad de pulmon	_____	_____	Alta presion sanguinea	_____	_____
Enfermedad del rinon	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Problemas de le tiroides	_____	_____	Epilepsia	_____	_____
Problemas de sangrado	_____	_____	Problemas gastrointestinales	_____	_____
GERD (reflujo de acido)	_____	_____	Apnea del sueno	_____	_____
Cancer	_____	_____	Ronquidos	_____	_____
Para si, tipo nombre y zona:			Otras condiciones medicas	_____	_____

Especificar: _____

Cirugias y/o Enfermedades Anteriores:

No aplica

Historial medico familiar: (por favor enumere)

Desconocido

Historia Social: El uso diario aproximada: Tabaco: _____ Alcohol: _____ Drogas: _____

Si usted no es un fumador, alguna vez ha fumado? Si o No

Imprimir Nombre Legal: _____ Fecha de Cumpleanos: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Advanced
ENT and Facial Plastic Surgery

William E. Cohen, D.O., F.A.O.C.

1010 W. La Veta Ave. Suite 445, Orange, CA 92868 • 1325 N. Rose Dr. Suite 206, Placentia, CA 92870
Phone (714) 628-1313 • Fax (714) 628-1319
cohendoc.com

Aviso de Practicas de Privacidad

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en nuestra organización. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará acerca de las maneras en que podemos usar y compartir su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de la información médica.

Nuestro Deber Legal:

La ley nos obliga a...

1. Mantenga su información médica privada.
2. Darle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su médico información.
3. Seguir los términos del aviso vigente.

Tenemos el derecho de...

1. Cambie nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando los cambios son permitida por la ley.
2. Realice los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda médica información que mantenemos, incluyendo la información previamente generada o recibida antes de los cambios.

Aviso de los cambios en las prácticas de privacidad:

Si no debe haber cualquier cambio futuro a esta política, una copia actualizada será enviada por correo.

Uso y divulgación de sue información medica

La siguiente sección describe las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica. No se enumerarán todos los usos o la divulgación. Sin embargo, hemos enumerado todas las maneras que se nos permite usar y divulgar información médica. No vamos a usar o divulgar su información médica para cualquier propósito que no se enumeran a continuación, sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted proporciona puede ser revocado en cualquier momento por escrito.

Al tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar su información médica a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, u otras personas que están tomando el cuidado de usted. También podemos compartir información médica acerca de usted a sus otros proveedores de atención médica para ayudar en su tratamiento.

Para pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de pago. Una factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador. La información que acompaña la factura puede incluir su información médica.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica para apoyar las actividades comerciales de nuestra práctica. Podemos utilizar la información médica para revisar y evaluar nuestro tratamiento y servicios o para evaluar nuestro desempeño `s del personal, mientras que el cuidado de usted.

Notificación: Podemos utilizar y divulgar información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Vamos a compartir información acerca de su ubicación, condición general o muerte. Si usted está presente, obtendremos su permiso, si es posible antes de que compartimos, o le damos la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no es capaz de dar o negar el permiso, vamos a compartir sólo la información de salud que es directamente necesarios para su atención médica, de acuerdo a nuestro criterio profesional. También utilizaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés de permitir a alguien para recoger medicamentos, suministros médicos, rayos X o información médica.

USOS Y REVELACIONES ADICIONALES

Como es requerido por la ley. Podemos utilizar y divulgar su información de salud cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.

Actividades de salud pública: Según lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También es posible que, cuando estamos autorizados por ley a hacerlo, notifique a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o no estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Compensación Worker`s: Podemos revelar información de salud cuando sea autorizado o necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho a:

1. Mira u obtener copias de ciertas partes de su información médica. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto a las fotocopias. Usaremos el formato que usted solicita a menos que no es práctico para nosotros hacerlo. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Si usted solicita copias, podemos cobrarle por los costos de copiado, envío u otros suministros utilizados en el cumplimiento de su solicitud.

2. Recibir una lista de todos los tiempos nosotros o nuestros socios de negocios compartimos su información médica con fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud y otras excepciones especificadas. Usted debe solicitar por escrito y debe indicar el período de tiempo para la información solicitada. Usted no puede solicitar información para cualquier fecha antes del 14 de abril de 2003 (la fecha de cumplimiento de la regulación federal), ni por un período de tiempo superior a seis años. Usted tiene derecho a una lista por año sin costo alguno. Hay un cargo por listas adicionales dentro del período de 12 meses.

3. Solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica. Usted puede solicitar no revelamos información sobre un tratamiento previo a un familiar o amigo que pueda estar involucrado en su cuidado o el pago de atención. Su solicitud debe hacerse por escrito. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia).

4. Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por diferentes medios oa diferentes lugares. Usted puede solicitar que le llamemos sólo a su número de trabajo, o por correo a una dirección especial. Su solicitud debe ser por escrito.

5. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información médica. Podemos negar su petición si lo hiciéramos. No cree la información que desea cambiada o para ciertas otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se añadirá a la información que deseaba cambiar. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para contar a otros, incluyendo a las personas que usted nombre, del cambio y de incluir los cambios en cualquier futura puesta en común de la información.

Quejas: Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito dentro de los 180 días de la supuesta violación. Usted puede presentar de manera directa con el Secretario de Salud y Servicios Humanos, o con el Oficial de Privacidad c/o William C. Cohen, D.O., 1010 W. La Veta Ave., Ste. 445, Orange, CA 92868.



Advanced
ENT and Facial Plastic Surgery

William C. Cohen, D.O., F.A.O.C.O.

1010 W. La Veta Ave. Suite 445, Orange, CA 92868 • 1325 N. Rose Dr. Suite 206, Placentia, CA 92870
Phone (714) 628-1313 • Fax (714) 628-1319
cohendoc.com

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Al firmar este formulario, usted reconoce la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad de William C. Cohen, D.O., F.A.O.C.O.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeta a cambios. Si hay cualquier cambio realizado, usted recibirá una copia actualizada por correo.

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad, y he revisado.

Por favor escriba Nombre: _____
(paciente / tutor / responsable)

Fecha de firma: _____



Advanced
ENT and Facial Plastic Surgery

William C. Cohen, D.O., F.A.O.T.O.

1010 W. La Veta Ave. Suite 445, Orange, CA 92868 • 1325 N. Rose Dr. Suite 206, Placentia, CA 92870
Phone (714) 628-1313 • Fax (714) 628-1319
cohendoc.com

Registros Médicos Formulario de Autorización

(Imprima nombre y firmar si tenemos que pedir registros en cualquier momento por cualquier razón respecto a su cuidado.)

Yo, _____, dar mi consentimiento para los siguientes expenes medicos para
(en letra de molde)

ser entregados a la oficina del Dr. William C. Cohen. Please immediately fax these records to (714) 628-1319.

Firma: _____ Fecha: _____

(Uso solamente de oficina)

Requesting:

- All medical records
- Radiology records (ex: reports/films/CD)
- Lab tests (ex: blood work/pathology)
- Hospital/Surgical records (ex: operative report)
- Audiology records (ex: audiogram/ENG/VNG/hearing aid clearance)
- Sleep study (ex: reports/CPAP/Titration)
- Demographic information (ex: medications/insurance card)
- Other: _____