

Información del Paciente

Fecha:	Puede recibir su factura por correo electrónico o mensaje de texto. Por favor, proporcione su información de correo electrónico/teléfono celular a continuación.		
Nombre:	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	
Dirección Residencial:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Fijo: <input type="checkbox"/> principal	Teléfono Móvil: <input type="checkbox"/> principal	Teléfono del Trabajo: <input type="checkbox"/> principal	
Dirección de Correo Electrónico: Quiero optar por no recibir declaraciones por correo electrónico y recibir una declaración en papel <input type="checkbox"/> por no recibir mensajes de texto (recordatorios de citas) <input type="checkbox"/>			
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de Licencia de Conducir:	Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono:	Relación:
Lugar de Empleo:	Dirección del Empleador:		

Médico Remitente: _____	Número de Teléfono: _____
-------------------------	---------------------------

Estado Civil: <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> viudo/a
Empleo: <input type="checkbox"/> a tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> jubilado/a <input type="checkbox"/> estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> ninguno

"¿Actualmente está recibiendo o ha recibido atención médica domiciliaria en los últimos 60 días? ¿Si es así, quién es el proveedor? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido hospitalizado/a en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido tratamiento de fisioterapia en otra clínica este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Tipo de Lesión: <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de Lesión _____
Si se trata de una reclamación de Compensación al Trabajador, ¿quién es el Empleador? _____	
¿Está involucrado un abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Seguro Primario:	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Sí: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERET)		
Nombre del Suscriptor:	Relación con el Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Grupo/Póliza:
Seguro Secundario:	Medicare Secundario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Sí: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERET)		
Nombre del Suscriptor:	Relación con el Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Grupo/Póliza:

Firma del Paciente o Representante: _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Reconocimientos

POLÍTICA FINANCIERA: Como cortesía, el Grupo de Terapia Fremont facturará a sus aseguradoras personales; sin embargo, usted sigue siendo responsable de los cargos no cubiertos por su seguro, incluyendo cualquier interés y tasas por falta de pago. Si cambia de cobertura de seguro mientras recibe tratamiento, notifique a nuestra oficina del cambio para que podamos ajustar los registros de facturación. Permitimos 60 días para que su aseguradora realice el pago antes de solicitarle el pago a usted. Si la compañía de seguros le hace algún pago directamente por los servicios facturados por el Grupo de Terapia Fremont, remita prontamente el pago a nuestra oficina para el adecuado crédito en su cuenta. En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de los pagos realizados al Grupo de Terapia Fremont, usted podría ser responsable del monto reembolsado a su compañía de seguros.

Los beneficios informados por su compañía de seguros no garantizan beneficios, están sujetos a cambios, no son exhaustivos y pueden tener limitaciones de cobertura relacionadas con los términos de su contrato con su compañía de seguros, los términos de cualquier contrato directo o indirecto que tengamos con el pagador, y la interpretación de su plan de seguro específico sobre la necesidad médica de los servicios proporcionados. Por favor, consulte el acuerdo de beneficios aplicable de su plan de seguro para determinar cualquier limitación o exclusión para sus servicios de rehabilitación. Fremont Therapy trabajará con usted para corregir cualquier error relacionado con nuestra documentación; sin embargo, no somos responsables de los errores cometidos por su compañía de seguros. Hemos revisado estos beneficios con usted y usted acepta pagar su parte de esta factura.

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO: Su fisioterapeuta realizará una evaluación mediante examen y entrevista. Luego se diseñará su programa de tratamiento individual. Se pueden utilizar una variedad de técnicas de tratamiento. Yo, el/la abajo firmante, por la presente acepto y doy mi consentimiento para que el Grupo de Terapia Fremont proporcione cuidado y tratamiento de fisioterapia considerados necesarios y adecuados en la evaluación o tratamiento de mi condición física.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR: Autorizo al Grupo de Terapia Fremont para tratar a _____ mientras no estoy presente. _____ (nombre del menor, si aplica)

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD: Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de Privacidad y Seguridad y del Plan de Cumplimiento del Grupo de Terapia Fremont en formato impreso y en línea en www.fremonttherapygroup.com.

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS: Por la presente autorizo al Grupo de Terapia Fremont a proporcionar información a las compañías de seguros sobre este tratamiento y asigno todos los pagos por los servicios prestados.

RECLAMACIONES DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES: Si reclama beneficios de Compensación para Trabajadores y posteriormente se le niegan dichos beneficios, puede ser responsable del monto total de los cargos por los servicios prestados.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y AUSENCIA SIN AVISO: Requerimos un aviso de 24 horas en caso de cancelación. Podemos cobrar por cancelaciones sin el aviso adecuado para una visita de fisioterapia. Este cargo no será cubierto por el seguro.

CO-PAGOS: Los co-pagos deben ser pagados al momento del servicio.

FONDOS INSUFICIENTES: Los cheques devueltos por Fondos Insuficientes pueden estar sujetos a una tarifa de procesamiento de \$35.

Divulgaciones a Personas Involucradas en el Cuidado del Paciente:

Puede haber ocasiones en las que sea necesario que una persona directamente involucrada en su cuidado llame a la instalación para preguntar sobre su información personal de salud o información de facturación. Por favor, tómese un momento para completar esta sección.

Autorizo al Grupo de Terapia Fremont (FTG) a divulgar mi información de salud que está directamente relacionada con mi tratamiento actual en FTG a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación con fines de su rol en mi tratamiento o pago por los servicios que he recibido. Las personas involucradas en su cuidado pueden incluir: cónyuge, padres, hijos, familiares, parejas domésticas, personas significativas, colegas, etc.

Nombre	Relación

Firma del Paciente/Tutor

Por favor, escriba su nombre en letra de molde

Fecha

Relación con el paciente; (propio, tutor, etc.)

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR/PARTE RESPONSABLE

FECHA

Nombre: _____ Fecha: _____ Genero Masc Fem

F. de Nac. : _____ Ocupación: _____ ¿Trabajando actualmente? Sí No
 Estatura: _____ Peso: _____

CONDICIONES ACTUALES:

¿Dónde está experimentando síntomas actualmente?

Cuándo comenzaron estos síntomas? _____

Cómo ocurrió esta lesión? Gradualmente Repentinamente Lesión

Por favor describa _____

Mis síntomas actualmente están Mejorando Igual Empeorando

Por favor, enumere cualquier tratamiento previo para esta condición

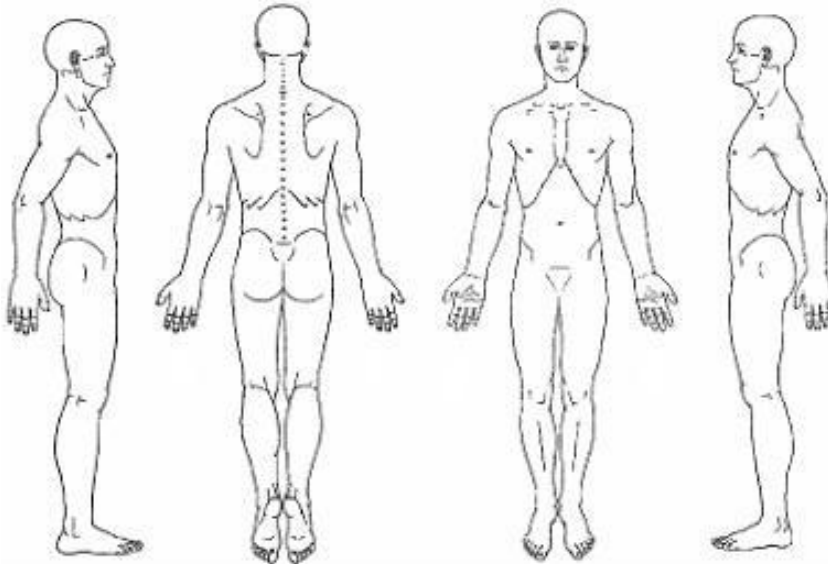
¿Ha tenido este problema anteriormente? Sí No

Si sí, ¿cómo se trató el problema? _____

¿Se han realizado estudios de imágenes para este problema (radiografías, resonancia magnética, etc.)? Sí No

Por favor, use los siguientes símbolos para indicar la ubicación de los síntomas en los diagramas a continuación:

- X - Dolor
- O - Entumecimiento
- !!! - Hormigueo



Marque la casilla debajo del número que representa su peor nivel de dolor durante la semana pasada:

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peor dolor
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Marque la casilla debajo del número que representa su nivel medio de dolor durante la semana pasada:

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peor dolor
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Marque la casilla debajo del número que representa su mejor nivel de dolor durante la semana pasada:

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peor dolor
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Factores Agravantes: Identifique hasta 3 actividades importantes que no puede realizar o con las que tiene dificultades como resultado de su problema:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Actualmente, estoy experimentando lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Inexplicada | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar |
| <input type="checkbox"/> Aumento del Dolor por la Noche | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Fiebre / Escalofríos / Sudores | <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos | <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la Función Intestinal o de la Vejiga | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster (Culebrilla) | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster (Culebrilla) |

¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 12 meses? No Sí Si es así, ¿cuántas veces? _____

¿Sufrió alguna lesión a causa de estas caídas? No Sí Si es así, describa: _____

¿Se siente inestable al estar de pie o al caminar? No Sí Si es así, describa: _____

¿Le preocupa caerse? No Sí Si es así, describa: _____

HISTORIA MÉDICA ACTUAL y/o PASADA:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta) | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular (Derrame Cerebral) | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Antes de los 18 <input type="checkbox"/> Después de los 18 |
| <input type="checkbox"/> Asma/Alergias | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Angina de Pecho |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación/Sangrado | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |

¿Es alérgico al látex? Sí No

¿Es alérgico/a a los esteroides? Sí No

¿Fuma? Sí No

¿Está embarazada? Sí No

Durante el mes pasado, ¿se ha sentido frecuentemente triste, deprimido o sin esperanza? Sí No

Durante el mes pasado, ¿ha sentido poco interés o placer al hacer cosas? Sí No

¿Está tomando actualmente algún medicamento? Sí No

Si es así, por favor enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya la dosis/frecuencia o proporcione una lista:

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

Por favor, enumere cirugías pasadas y sus fechas: Cirugía _____

Por favor, enumere cualquier condición médica que tenga y que no haya sido documentada anteriormente:

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

¿Cuáles son sus objetivos de fisioterapia y/o de acondicionamiento físico? (Escriba o complete la frase que corresponda)

Disminuir el dolor con -
Mejorar la capacidad de -

¿Está actualmente físicamente activo/a? Sí No

GRUPO DE TERAPIA FREMONT
PROGRAMA DE CUMPLIMIENTO
PLAN DE CUMPLIMIENTO DE PRIVACIDAD Y
SEGURIDAD AVISO DE PRIVACIDAD Y
SEGURIDAD

El Grupo de Terapia Fremont, en cumplimiento de ciertas leyes, ha tomado medidas razonables y exhaustivas para la protección de la privacidad y seguridad de su información personal de salud. Dicha información puede incluir comunicación oral, escrita, telefónica, por fax y/o electrónica de información de salud protegida (PHI).

La información completa sobre Prácticas de Privacidad y Seguridad está disponible para todos los pacientes a petición individual y dicha información lleva por título "Declaración de Prácticas de Privacidad y Seguridad".

Derechos del Paciente Individual: Usted tiene derechos con respecto a lo siguiente:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar compensación para trabajadores, solicitudes de las fuerzas del orden y otros requerimientos gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Información/Preocupaciones Adicionales: Por favor exprese cualquier preocupación que pueda tener con respecto a cualquier violación de sus derechos de privacidad y otros asuntos de privacidad y seguridad al Oficial de Cumplimiento de Fremont Therapy. Cualquier preocupación informada no resultará en represalias o retribución.

Compliance Officer
1300 West Sam Houston Pkwy S.
Suite 300 Houston, TX 77042
Teléfono: (713) 344-0351
Fax: (713) 430-4044
Email: Compliance@usph.com

También tiene el derecho de reportar cualquier preocupación con respecto a sus derechos de privacidad al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede contactar al Departamento en <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa> o llamando al (800) 368-1019. Al firmar abajo, usted reconoce que se le ofreció una copia de este formulario y ha leído su contenido.

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revísela cuidadosamente

Sus Derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar compensación para trabajadores, solicitudes de las fuerzas del orden y otros requerimientos gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos su información como nosotros:

- Informar a familiares y amigos sobre su condición
- Proporcionar alivio en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información como nosotros:

- Tratarle
- Gestionar nuestra organización
- Facturar por sus servicios
- Ayudar con problemas de salud pública y seguridad
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación para trabajadores, la aplicación de la ley y otros asuntos
- Responder a demandas y acciones legales

Sus Derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle

Obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico

Puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.

- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud.

Solicítenos corregir su historial médico

- Puede solicitarnos que corriamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos limitar lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos no usar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud y podemos decir "no" si podría afectar su atención.
- Si paga por completo un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos no compartir esa información para fines de pago u operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la pida, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió hacer). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si ha otorgado a alguien el poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción. Presentar una queja si siente que sus derechos han sido violados
- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos contactándonos usando la información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Sus Derechos

En cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre cómo compartimos sus datos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio de desastres.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad. En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing.
- Venta de su información.
- La mayoría de las veces compartir notas de psicoterapia.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo utilizamos o compartimos típicamente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarle

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión consulta a otro médico sobre su estado general de salud.

Gestionar nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra práctica, mejorar su cuidado y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Estamos permitidos o requeridos para compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública e investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de alguien

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender compensación para trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación para trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos prontamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios en los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.