



DR. TIF PARISH | 3055 Lorna Road  
 DIRECTOR | Hoover, Alabama 35216  
 MD. MBBS | Phone: 205-822-6333  
 Toll free: 800-536-VEIN  
 Fax: 205-822-6788  
 www.facemd.com

**A Dr. Parish le encantaría proporcionarle más información sobre otros procedimientos que ofrece.**

Por favor ponga una  en cada procedimiento que le gustaría obtener más información. Todos los procedimientos se realizan en la oficina con poco o ningún tiempo de reposo.

|  | <u>Folleto dado</u> | <u>F/U on return visit</u> |
|--|---------------------|----------------------------|
| ___ <b>TRATAMIENTOS DE VENAS:</b> El más experimentado de Alabama la vena centro desde 1995-ofreciendo lo último en tecnología de ultrasonido y tratamiento avanzado para várices, arañitas y venas faciales, incluyendo:<br>1. escleroterapia<br>2. escleroterapia guiada por ultrasonido<br>3. endovenosa Laser<br>4. Flebotomía Ambulatorio | _____               | _____                      |
| ___ <b>LÁSER DE KRIPTÓN:</b> para el tratamiento de venas faciales   | _____               | _____                      |
| ___ <b>PROGRAMAS PARA ACNÉ/REJUVENECIMIENTO DE LA PIEL:</b><br>(productos para el hogar y exfoliaciones químicas)<br>1. productos Neostrata<br>2. Obagi Nu-Derm<br>3. Skin Ceuticals<br>5. IS Clinicals<br>6. Glytone<br>7. mascarillas químicas (glicólico, mandélico, pirúvico, de Jessner, Retinol)   | _____               | _____                      |
| ___ <b>OBAGI BLUE PEEL:</b> Para la pigmentación y arrugas alrededor de los ojos   | _____               | _____                      |
| ___ <b>VELASHAPE:</b> tratamiento anticelulítico que combina radiofrecuencia y succión   | _____               | _____                      |
| ___ <b>JUVEDERM/RESTYLANE:</b> rellena las líneas más profundas y arrugas rellena los labios y restaura la pérdida de colágeno   | _____               | _____                      |
| ___ <b>VOLUMA/RESTYLANE LYFT:</b> sustituye la pérdida de volumen en las mejillas  | _____               | _____                      |
| ___ <b>LA TOXINA BOTULÍNICA PARA LAS ARRUGAS FACIALES (BOTOX, DYSPORT):</b><br>(líneas del ceño, frente, y patas de gallo)   | _____               | _____                      |
| ___ <b>IPL FOTO REJUVENECIMIENTO:</b> tratamiento para el daño solar de la piel  | _____               | _____                      |
| ___ <b>ELIMINACION DE VELLAS:</b> para los vellos oscuros  | _____               | _____                      |
| ___ <b>LED FOTOMODULACION:</b> la interacción de la luz entregada por Luz diodos emisores (LED) para activar las células que producen colágeno   | _____               | _____                      |
| ___ <b>VENUS VIVA:</b> lo último en tecnología para las arrugas, textura de la piel, y las cicatrices del acné   | _____               | _____                      |
| ___ <b>SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA DE:</b><br>1. exámenes de cáncer (biopsia y escisión) de la piel<br>2. Dermatología general; erupciones, eczema, dermatitis, daño y verrugas del sol  | _____               | _____                      |

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

RAZON POR LA CUAL CONSULTA: \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de mejoramiento espera usted?  0-30%  40-60%  100% Está dispuesta/o a obtener menos de lo que espera?  SI  NO

**PARA CONSULTA DE VENAS:** Razón por la consulta:  dolor  cosmético  prevención  úlceras  sangrado

Si tiene dolor, es:  pesado  ardor  fatiga  dolor continuo  palpitante

¿Usted ha tenido un trauma en sus piernas?  SI  NO En que parte de la pierna? \_\_\_\_\_

Ha recibido algún tratamiento para las venas varicosas o varices (arañitas)?  SI  NO Donde? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

El tratamiento fue:  cirugía  inyecciones  laser  otro: \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES:** ¿Está embarazada?  SI  NO Amamantando?  SI  NO Cuantos Embarazos? \_\_\_\_\_

Edad de su hijo menor: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos?  SI  NO Cuantos? \_\_\_\_\_

Su ocupación: \_\_\_\_\_ Usted fuma?  SI  NO

**Historial médico-pasado y presente-Conteste cada sección. Si es sí, conteste las preguntas en esa sección. Si es no proceda a la siguiente sección.**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p><b>DESORDENES DE SANGRE</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>SI NO</b></p> <p><input type="checkbox"/> síndrome hipercoagulable trombofilia hereditaria, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> de células falciformes o el rasgo de células falciformes</p> <p><input type="checkbox"/> coágulos de sangre</p> <p><input type="checkbox"/> flebitis</p> <p><input type="checkbox"/> embolia pulmonaria</p> <p><input type="checkbox"/> anticoagulantes-Heparin, Coumadin, Lovenox, Aspirina</p> <p><b>RESPIRATORIOS</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> problemas con cuerdas vocales</p> <p><input type="checkbox"/> problemas con la anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> problemas con ser intubado/a</p> <p><input type="checkbox"/> hipertermia maligna</p> <p><input type="checkbox"/> asma/sibilancias</p> <p><input type="checkbox"/> tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> hernia hiatal/reflujo gastroesofágico</p> <p><input type="checkbox"/> apnea del sueño</p> <p><input type="checkbox"/> ronquido/problemas con las vías respiratorias</p> | <p><b>NEUROLÓGICOS</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>SI NO</b></p> <p><input type="checkbox"/> enfermedad de Lou Gehrig</p> <p><input type="checkbox"/> Miastenia Gravis</p> <p><input type="checkbox"/> síndrome de Eaton-Lambert</p> <p><input type="checkbox"/> esclerosis múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> derrame cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> migrañas</p> <p><b>AUTOINMUNE</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> artritis</p> <p><input type="checkbox"/> enfermedades musculares</p> <p><input type="checkbox"/> inmunodeficiencia</p> <p><input type="checkbox"/> enfermedad del colágeno (lupus, esclerodermia, enfermedades fotosensibles, artritis reumatológica)</p> <p><input type="checkbox"/> historial de reacción alérgica severa, anafilaxia</p> <p><input type="checkbox"/> alergia al albúmina humana</p> <p><input type="checkbox"/> tomando Inmunosupresor (Embrel, esteroides, ciclosporina, methotrexate)</p> <p><input type="checkbox"/> ronchas, urticaria</p> | <p><b>INFECCIOSO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> infección por estafilococo</p> <p><input type="checkbox"/> hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> VIH</p> <p><b>GASTROENTEROLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> problemas del hígado</p> <p><input type="checkbox"/> problemas en los riñones o vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> colitis ulcerosa/ enfermedad de Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> hernia hiatal/reflujo gastroesofágico</p> <p><b>METABÓLICO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> diabético independiente de la insulina</p> <p><input type="checkbox"/> tiroides hiper/hipo</p> <p><input type="checkbox"/> insuficiencia adrenal (Cushing's)</p> <p><b>CARDIOLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> cánula intraluminal de arteria coronaria</p> <p><input type="checkbox"/> ataca al corazón</p> <p><input type="checkbox"/> dolores en el pecho</p> <p><input type="checkbox"/> latidos cardiacos irregular</p> <p><input type="checkbox"/> prolapso de válvula mitral</p> <p><input type="checkbox"/> marcapasos</p> | <p><b>SI NO</b></p> <p><input type="checkbox"/> soplo en el corazón</p> <p><input type="checkbox"/> defecto congénito del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva</p> <p><input type="checkbox"/> valvulopatía cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> agujero en el corazón</p> <p><input type="checkbox"/> problemas arteriales</p> <p><b>DERMATOLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> dermatitis/eccema</p> <p><input type="checkbox"/> rosácea</p> <p><input type="checkbox"/> psoriasis</p> <p><input type="checkbox"/> cicatrices de quíloides</p> <p><input type="checkbox"/> herpes simple/fuegos de fiebre</p> <p><b>CÁNCER</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tipo: _____</p> <p>Cuando: _____</p> <p><input type="checkbox"/> quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> radiación</p> <p><input type="checkbox"/> placas de metal</p> <p><b>PSICOLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> depresión/ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> abuso del alcohol/drogas</p> <p>Otro: _____</p> |
|--|---|--|---|

¿HAY UN HISTORIAL FAMILIAR DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES ARRIBA? SI/NO ANOTE: \_\_\_\_\_ ANOTE TODAS SUS CIRUGIAS QUE A TENIDO EN EL PASADO (INCLUYENDO COSMETICA Y TRANSFUSIONES DE SANGRE) Y CUALQUIER OTRO EVENTO MEDICO CON LAS FECHAS: \_\_\_\_\_

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (INCLUYENDO HIERBAS Y VITAMINAS) CON LA DOSIS: \_\_\_\_\_

USTED ES ALERGICO/A ALGUN MEDICAMENTO?  SI  NO SI ES ASI, ANOTE Y EXPLIQUE SU REACCION: \_\_\_\_\_

ES ALERGICO/A A:  CINTA  CURITAS  MARISCOS  XYLOCAINE  YODO  LATEX  OTRO: \_\_\_\_\_

YO VERIFICO QUE TODA LA INFORMACION DE ARRIBA ES CORRECTA: \_\_\_\_\_

(FIMA DEL PACIENTE)



NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

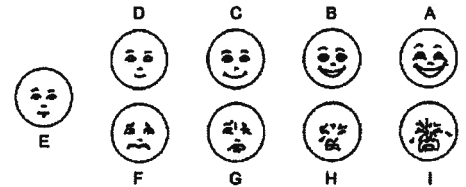
**PERFIL DE SU PIEL FACIAL:**

GRASOSA:      \_\_ Nada \_\_ En la Zona T      \_\_ Toda  
 SECA:            \_\_ Nada \_\_ Poca                    \_\_ Moderada      \_\_ Extremada  
 ACNE:            \_\_ Nada \_\_ Ocasional                \_\_ Frecuente  
 PIEL SENSIBLE:    \_\_ Nada \_\_ Poca                    \_\_ Moderada      \_\_ Extremada  
 SENSIBLE AL SOL:  \_\_ Quema, nunca broncea      \_\_ Quema, después broncea    \_\_ Broncea, raramente quema  
 PIGMENTACION:    \_\_ Nada \_\_ Poco Visible                \_\_ Muy Visible  
 (áreas oscuras/manchas)  
 ARRUGAS FACIALES:  \_\_ Nada \_\_ Poco Visible                \_\_ Muy Visible

**PROCEDIMIENTOS COSMETICOS  
 CLINICA PARA EL ACNE**

PUNTOS NEGROS  
 ESPINILLAS  
 PÚSTULAS  
 QUISTES  
 CICATRICES DE ACNÉ  
 ROSÁCEA  
 CAPILARES ROTOS

Circule como se siente con su piel



Productos que está usando (anote los

**Para Mujeres:**

¿Usted está intentando quedar embarazada? Si/No, ¿Esta amamantando? Si/No  
 ¿Último periodo menstrual \_\_\_\_\_  
 ¿Su acné empeora cada mes de menstruación? Si/No  
 ¿Sus periodos menstruales son regularmente cada mes? Si/No  
 ¿Usted tiene problemas con exceso de pelos gruesos  
 y oscuros en la cara, pecho, o abdomen? Si/No  
 ¿Ha recibido tratamientos de depilación ¿laser, cera, pinzas, o electrolisis?  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

nombres de los productos)

Limpiador facial: \_\_\_\_\_  
 Tonificador: \_\_\_\_\_  
 Serum: \_\_\_\_\_  
 Hidratantes: \_\_\_\_\_  
 Bloqueador Solar: \_\_\_\_\_  
 Exfoliante: \_\_\_\_\_  
 Base de maquillaje: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos de Acné(prescritas): \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de mejoramiento esperas?  
 \_\_ (0-30%) \_\_ (40-60%) \_\_ (100%)

¿Está dispuesto/a en aceptar menos de  
 sus expectativas? \_\_ Sí \_\_ No

ALLERGIAS: \_\_\_\_\_

**TIPO DE PIEL (FITZPATRICK) CUESTIONARIO | Score 01-07 Type I | Score 08-16 Type II | Score 17-25 Type III | Score 6-30 Type IV | Score 30+ Type V-VI |**

| Score  | 0                                     | 1                     | 2                             | 3                    | 4                        |
|--|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|
| ¿Color de ojo?   | Azul claro, gris, o verde             | Azul, gris, o verde   | Azul                          | Café oscuro          | Café/negro               |
| ¿Color de cabello natural?   | Rojo                                  | Rubio                 | Café claro, rubio oscuro      | Café oscuro          | Negro                    |
| ¿Color de piel no expuesta?  | Roja                                  | Pálida                | Pálida con un poco de bronceo | Café claro           | Café oscuro              |
| ¿Pecas en piel no expuesta?  | Bastante                              | Varias                | Pocas                         | Raramente            | Ni una                   |
| ¿Cómo reacciona su piel después de estar expuesto/a al sol sin bloqueador? | Ampollas, enrojecimiento, descamación | Quema, después escama | Quema a veces, después escama | Raramente quema      | Nunca quema              |
| ¿A qué grado broncea?  | Raramente                             | Un bronceo leve       | Bronceo razonable             | Bronceo fácilmente   | Bronceo oscuro           |
| ¿Se broncea después de muchas horas?                                       | Raramente                             | Poco                  | A veces                       | Seguido              | Siempre                  |
| ¿Reacción al sol sin bloqueador solar en la cara?                          | Muy sensible                          | Sensible              | Normal                        | Muy resistente       | Nunca he tenido problema |
| ¿Cuándo fue la última vez que su cuerpo fue expuesto al sol?               | Más de 3 meses atrás                  | 2-3 meses atrás       | 1-2 meses atrás               | Menos de 1 mes atrás | Menos de 2 semanas atrás |
| ¿A expuesto el área de tratamiento al sol?                                 | Nunca                                 | Raramente             | A veces                       | Seguido              | Siempre                  |

**DESCRIBA SU RAZON DE LA VISITA DE HOY**

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

fecha



Director Timothy Parish, M.D.  
3055 Loma Rd  
Hoover, AL 35216  
205-822-6333  
fax:205-822-6788

Registro del Paciente

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido Primer nombre Segundo nombre Fecha de Nacimiento

Direccion Ciudad Codigo Apostal

¿ A quien Podemos contactar en caso de emergencia? Relacion ( ) - Numero de emergencia

Nombre del empleador Direccion Ciudad Estado

Doctor Principal Direccion Ciudad Estado

PUEDE SER NECESARIO QUE NOSOTROS LO CONTACTEMOS CON RESPECTO A SU TRATAMIENTO MÉDICO,CITAS Y OFERTAS (INTENTAREMOS LLAMARLE PARA RECORDARLE DE CUALQUIERA CITA FUTURA).

SI NO

NUMERO DE CASA:( ) - ¿Podemos dejarle un mensaje en su #de Casa?   Firma

NUMERO DE CELULAR:( ) - ¿Podemos dejarle un mensaje en su #de Celular?   Firma

NUMERO DE TRABAJO:( ) - ¿Podemos dejarle un mensaje en su #de Trabajo?   Firma

CORREO ELECTRONICO: ¿Podemos mandarle correo Electronico? SI  NO  Firma

CORREO: ¿Podemos mandarle correo? (ala direccion de arriba) SI  NO  Firma

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

¿Como escucho de nuestros servicios?

Nombre de su aseguranza: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_ Paciente/amigo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Paginas amarillas \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ T.V. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la poliza: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo verifico que esta nfromacion es la mas actualizada: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Para actualizaciones para el uso del paciente: La informacion de arriba es la mas vigente

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

# HIPAA Aviso de Practicas Privadas

[Nombre]

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información médica protegida. Información protegida de salud es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura salud o condición física o mental y los servicios relacionados a su salud.

## 1. Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de la prestación de servicios de salud para usted, para pagar sus cuentas de salud para apoyar la operación de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su cuidado de la salud y cualquier servicio. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con una tercera (persona). Por ejemplo, podríamos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que proporcione cuidado para usted. Por ejemplo, su información de salud protegida proporcione quizá a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarle.

**Pagos:** Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que la información de salud protegida sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades del negocio de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan, a actividades de evaluación de calidad, revisión de empleados, la formación de los estudiantes de medicina, licencias y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones son requeridas por Ley y el departamento de Salud Pública. Enfermedades Transmisible, supervisión de la salud, Abuso o Negligencia, Requisitos de administración de Comida o Drogas Procedimientos Legales: aplicación de la ley a Médicos forenses, directores de funerarias, Donación de órganos: Investigación : Actividad Criminal : Militar y Seguridad Nacional ; Compensación a los Trabajadores : Presos: Usos y Revelaciones Requeridas: Bajo la ley, debemos hacer revelaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164,500.

**Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos.** Se harán sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse a menos que lo requiera la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado un acción basada en el uso o divulgación indicada en la autorización. Su derechos Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.

**Sus derechos:** Siguiete es una declaración de sus derechos con respectos a su información de salud protegida

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, criminal, o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información protegida de la salud: Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida no sea divulgada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas Privadas. Su solicitud debe indicar el restricciones específica aplica. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si el médico cree que es en su mejor interés para permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida información, su información de salud protegida no será restringida. Usted tiene el derecho de utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una alternativa localización. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente es decir, por vía electrónica.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de salud. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si los hubiera, de su salud pros reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correb de cualquier cambio. A continuación, tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Quejas: Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestra privacidad contra nosotros. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Por la presente autorizo a Timothy D. M.D. y el personal de la Varicosas y Centro de Laser de Alabama para discutir mi condición médica o registros médicos con las siguientes personas:

Para mí solamente

Mi Esposo(a) \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

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

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pida por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono.

La firma debajo es un reconocimiento que ha recibido este Aviso de Nuestras Prácticas de Privacidad.

Nombre

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