



Patient Information/Información del Paciente

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Social Security Number/Número de seguro social: _____ Sex/Sexo: M / F

Address/Dirección: _____

Home Phone/Teléfono residencial: _____

Cell Phone/Teléfono móvil: _____

Work Phone/Teléfono de trabajo: _____

Email Address/Correo electrónico: _____

Marital Status/Estado Civil: Single/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado Widowed/Viudo

Insurance Information/Información del Seguro

Primary Insurance/Seguro Primario: _____

Subscriber Name/Nombre del Suscriptor: _____ DOB/Nac.: _____

Subscriber ID/ID de Suscriptor: _____ Group ID/ID del Grupo: _____

Do you have secondary insurance?/¿Tiene usted seguro secundario? Yes/Sí No/No

Secondary Insurance/Seguro Secundario: _____

Subscriber Name/Nombre del Suscriptor: _____ DOB/Nac.: _____

Subscriber ID/ID de Suscriptor: _____ Group ID/ID del Grupo: _____

Emergency Contact/Contacto de Emergencia

Emergency Contact Name/Nombre: _____

Home Phone/Teléfono residencial: _____

Cell Phone/Teléfono móvil: _____

Relationship to Patient/Relación con el paciente: _____

Pharmacy Information/Información de Farmacia

Pharmacy Name/Nombre de la Farmacia: _____

Phone Number/Teléfono: _____

Address/Dirección: _____

Consentimiento del historial de recetas: Por la presente autorizo a Zand Medical Partners a obtener mi historial de recetas y medicamentos anteriores a través de fuentes externas. _____ (iniciales)

La información anterior es completa y correcta. Por la presente, autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar una reclamación a mi compañía de seguros. Cedo a Zand Medical Partners los beneficios que de otro modo me corresponderían. Entiendo que soy responsable financieramente de los cargos por los servicios médicos prestados, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que soy responsable de cualquier copago por visita al consultorio que se deba al momento del servicio y/o de los deducibles que correspondan. Si esta cuenta se asigna a un abogado para su cobro o demanda, una copia de la firma será válida como el original.

Print Name/Nombre: _____

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____



ZAND MEDICAL PARTNERS SCHEDULING POLICY

Valoramos la salud de nuestros pacientes y le pedimos que respete las políticas de programación de citas de nuestra oficina. Por cortesía del personal, los médicos y todos los pacientes, le pedimos que comprenda y acepte estos términos y condiciones.

Le informamos que, a partir del 1 de Octubre de 2022, se aplicará un cargo de \$45 por cualquier inasistencia o cancelación el mismo día.

A partir del 1 de Febrero de 2026, los pacientes de CalOptima serán dados de baja de nuestra oficina después de tres inasistencias a citas.

Es muy importante que llame con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita. Si no se presenta a una cita programada, se crea un espacio sin usar que podría haberse utilizado para otro paciente.

Si tiene alguna pregunta, notifique a nuestros gerentes de oficina.
Oficina: (714) 285-2311

Gracias.

Print Name/**Nombre**

Date of Birth/**Fecha de Nacimiento**

Patient Signature/**Firma**

Date/**Fecha**



PATIENT CONSENT FORM

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para garantizar la protección de la información médica personal. Esta regla también se creó para establecer un estándar que permita a ciertos proveedores de atención médica obtener el consentimiento de sus pacientes para el uso y la divulgación de información médica con el fin de realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Como paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de su historial médico personal y haremos todo lo posible para asegurarla y protegerla. Nos esforzamos por tomar siempre las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a quienes consideramos que necesitan su información médica, así como información sobre tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, para brindarle la atención médica que mejor se adapte a sus intereses. También queremos que sepa que apoyamos su pleno acceso a su historial médico personal. Es posible que tengamos relaciones indirectas de tratamiento con usted (como laboratorios que solo interactúan con médicos y no con pacientes) y que tengamos que divulgar información médica personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades generalmente no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente. Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información médica personal, pero debe hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho a negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su Información Médica Personal (PHI). Si decide dar su consentimiento en este documento, en el futuro podrá solicitar que se rechace la divulgación total o parcial de su PHI. No podrá revocar las medidas que ya se hayan tomado basándose en este consentimiento o en un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de la HIPAA. Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar su consentimiento por escrito después de haberlo revisado.

Print Name/**Nombre:** _____

Signature/**Firma:** _____ Date/**Fecha:** _____

COMPLIANCE ASSURANCE NOTIFICATION FOR YOUR PATIENTS

A nuestros valiosos pacientes:

El uso indebido de la Información Médica Personal (PHI) se ha identificado como un problema nacional que causa inconvenientes y molestias a los pacientes, además de generarles costos. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, gerentes y médicos reciben capacitación continua para comprender y cumplir con las normas y regulaciones gubernamentales relacionadas con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad al brindar servicios a nuestros pacientes. Nuestra política es determinar adecuadamente el uso apropiado de la PHI de acuerdo con las normas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica nunca contribuya de ninguna manera al creciente problema de la divulgación indebida de PHI. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos que nos ayudará a prevenir cualquier uso inapropiado de la PHI. ¡También sabemos que no somos perfectos! Por ello, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin considerar ninguna sanción si consideran que algún evento compromete de alguna manera nuestra política de integridad. Más aún, agradecemos sus comentarios sobre cualquier problema de servicio para que podamos remediar la situación rápidamente.



NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

Las regulaciones de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) requieren que le proporcionemos a usted, el paciente o representante personal, una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y que firme un acuse de recibo de este folleto.

Patient Name/**Nombre:** _____ DOB/**Nac.:** _____

Signature/**Firma:** _____ Date/**Fecha:** _____

Usted autoriza a Zand Medical Partners a compartir su información médica con:
(Indique los nombres de la persona o el centro)

Name/**Nombre:** _____

Relationship to Patient/**Relación con el paciente:** _____

Name/**Nombre:** _____

Relationship to Patient/**Relación con el paciente:** _____

HEALOW

Zand Medical Partners ofrece a sus pacientes la comodidad de comunicarse por mensaje de texto, correo electrónico y teléfono. Puede confirmar y registrarse en sus citas mediante estos métodos. También ofrecemos fácil acceso a sus historiales médicos a través de la aplicación Healow. Estos métodos pueden utilizarse para recordatorios de citas, consultas generales o, con su consentimiento, para compartir información médica.

Signature/**Firma:** _____ Date/**Fecha:** _____



Privacy Officer Dalia Jaafar (714) 285-2311

I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

Name: _____

Relationship to Patient: _____

Phone Number: _____

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____



CONSENTIMIENTO PARA USAR TELEMEDICINA

¿QUÉ ES LA TELEMEDICINA?

Los servicios de telemedicina (también conocidos como telesalud) ofrecen servicios de atención médica local a pacientes cuando el profesional de la salud se encuentra en un lugar remoto. La telemedicina se define generalmente como el uso de tecnologías de la información y la comunicación electrónicas para intercambiar información médica entre centros con el fin de brindar tratamiento médico o quirúrgico a un paciente o participar en su diagnóstico, opinión o consejo médico.

Cuando un profesional de la salud considera que un paciente puede beneficiarse del uso de servicios de telemedicina, esta permite mantener la continuidad de la atención con el profesional y facilitar la autogestión del paciente y el apoyo de sus cuidadores. Los servicios de telemedicina suelen proporcionar un acceso más amplio a la atención médica, eliminan las preocupaciones por el transporte y aumentan la comodidad y la familiaridad de los pacientes y sus familias cuando se encuentran en sus propios hogares u otros entornos locales.

Sin embargo, la telemedicina utiliza nuevas tecnologías de comunicación, cuya eficacia es escasamente comprobada. Por ejemplo, los servicios de telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios de atención médica presencial, ya que el profesional de la salud no siempre podrá observar la comunicación no verbal sutil, como la postura, la expresión facial, los gestos y el tono de voz del paciente.

La telemedicina puede transferir información médica mediante tecnología audiovisual interactiva en tiempo real (por ejemplo, videoconferencias) o intercambio electrónico de datos (por ejemplo, intercambios entre computadoras), o mediante tecnología de almacenamiento y retransmisión (por ejemplo, correos electrónicos). Si bien se toman precauciones para garantizar la confidencialidad de los servicios de telemedicina, la transmisión electrónica de información médica puede ser incompleta, perderse o interrumpirse por fallos técnicos. Además, a pesar de estas medidas, personas no autorizadas pueden acceder a la transmisión y el almacenamiento de información médica, lo que vulnera la privacidad del paciente.

Al firmar este consentimiento, entiendo y acepto:

1. Mi médico está ubicado en el estado de California y cuenta con la licencia correspondiente. Es posible que mi médico no pueda recetarme medicamentos ni atenderme en caso de emergencia si me encuentro en otro estado o país. Si necesito medicamentos, puedo contactar a mi médico. Si necesito atención de emergencia, puedo llamar al 911 o acudir a la sala de urgencias del hospital más cercano para obtener ayuda.



2. Me someto a la jurisdicción exclusiva de los tribunales superiores del estado de California y acepto que cualquier reclamación, demanda u otro procedimiento legal derivado o relacionado con los servicios de telemedicina prestados por mi médico y su personal se presentará única y exclusivamente ante los tribunales superiores del estado de California. Asimismo, acepto que la interpretación de este consentimiento se registrará e interpretará exclusivamente de conformidad con las leyes de California.
3. Mi médico considera que los servicios de telemedicina son adecuados para mi afección médica y que me beneficiaría de su uso a pesar de sus riesgos y limitaciones. Si bien puedo esperar beneficios anticipados del uso de la telemedicina, no se pueden garantizar ni asegurar resultados específicos.
4. Si mi médico cree en algún momento que otra forma de servicios (por ejemplo, una consulta tradicional en persona) sería apropiada, mi médico puede suspender los servicios de telemedicina y programar una consulta en persona con mi médico o derivarme a un proveedor de atención médica en mi área que pueda brindar dichos servicios.
5. Tengo derecho a retirar el consentimiento para el uso de servicios de telemedicina en cualquier momento y recibir servicios de atención médica en persona con mi médico.
6. Recibí una explicación sobre cómo se utilizará la tecnología de comunicaciones electrónicas para los servicios de telemedicina. Me siento cómodo/a usando la tecnología de comunicaciones electrónicas para comunicarme con mi médico/a y entiendo que existen limitaciones que podrían requerir una consulta presencial.
7. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. La información médica que mi médico me transmita electrónicamente se cifrará durante la transmisión y será almacenada únicamente por él o por un proveedor de servicios que él designe. Entiendo que no se divulgará ninguna imagen o información personal identificable derivada de la comunicación de telemedicina a investigadores u otros profesionales de la salud, salvo que lo exijan las leyes federales o estatales de California.
8. Entiendo que es mi responsabilidad encriptar la información médica que transmito electrónicamente a mi médico y que mi falta de uso de medidas de seguridad técnicas, como el encriptado, aumenta mis riesgos de una violación de la privacidad.
9. Tengo derecho a acceder a mi información médica y obtener copias de mis registros médicos de acuerdo con la ley de California.
10. Entiendo que los servicios de telemedicina que se me brinden se facturarán a mi compañía de seguro médico y que se me facturará cualquier responsabilidad del paciente según mi seguro.

Leí y comprendo la información proporcionada en este Consentimiento para el uso de telemedicina.

Name/**Nombre:** _____ DOB/**Nac.:** _____

Signature/**Firma:** _____ Date/**Fecha:** _____