



Paquete para pacientes nuevos

¡Gracias por agendar su primera cita con AllerVie Health!

AllerVie Health y nuestros alergólogos e inmunólogos certificados por la Junta están comprometidos a ayudar a los pacientes a lograr y mantener una salud óptima y calidad de vida, sin síntomas y sufrimiento causados por alergias, asma y afecciones inmunológicas relacionadas.

Complete el paquete para pacientes nuevos que acompaña esta carta y llévelo junto con su seguro médico y licencia de conducir a su primera cita. Tenga en cuenta que su primera cita puede ser prolongada debido a la extensa información que se le proporcionará para ayudarlo a manejar su salud de manera continua.

Algunos puntos que debe considerar para su primera cita:

- Si acude para una consulta o prueba de alergias, suspenda todos los antihistamínicos CINCO días antes de su cita. Los medicamentos comunes que contienen antihistamínicos incluyen Benadryl, Triaminic y medicamentos para la tos y el resfriado. No suspenda el uso de Singulair ni de inhaladores para el asma. Si tiene preguntas sobre los medicamentos, puede encontrar una lista completa de los que deben suspenderse en: allervie.com/patient-resources.
- Use ropa que permita realizar la prueba de alergias fácilmente. Lo ideal es un conjunto de dos piezas, por ejemplo: camisa y pantalón.
- ¡Nos encantan los niños! Sin embargo, si va a realizarse una prueba de alergias, necesitará permanecer inmóvil, lo cual dificulta atender a los niños pequeños.
- Contamos con servicio de Wi-Fi en la mayoría de nuestras sedes para su comodidad.
- Su consulta como paciente nuevo puede durar varias horas, dependiendo de las necesidades de pruebas. Prepárese para permanecer en nuestro consultorio durante toda su consulta.

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, comuníquese con nuestro consultorio 24 horas antes de la hora programada para evitar cargos por cancelación de hasta \$50.

Esperamos poder atenderlo y ayudarlo a encontrar alivio para sus síntomas de alergia.

Atentamente,

El equipo de AllerVie Health

Gracias por elegir nuestro consultorio. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. A continuación, encontrará información sobre nuestra política de privacidad, consentimiento para tratamiento y política de pagos en lo relativo a la responsabilidad del paciente y del seguro respecto de los servicios prestados. Revíselo con detenimiento y firme/acepte en el espacio indicado. Se le proporcionará una copia si la solicita. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestro consultorio.

Muchas gracias por ser nuestro paciente.

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

Formulario de reconocimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Reconozco el uso o divulgación de mi Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) por parte de AllerVie Health, sus subsidiarias y socios, a fin de diagnosticar y brindar tratamiento, obtener pago o llevar a cabo operaciones de atención médica de AllerVie Health. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento por parte de los proveedores de atención médica de AllerVie Health puede estar condicionado a mi consentimiento, como lo evidencia mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción respecto a cómo se usa o divulga mi Información Médica Protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago o actividades de atención médica del consultorio. AllerVie Health no está obligado a aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si AllerVie Health acepta una restricción solicitada por mí, la restricción será vinculante para AllerVie Health y los proveedores de atención médica de AllerVie Health. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que AllerVie Health o sus proveedores de atención médica hayan tomado medidas en base a este consentimiento antes de mi revocación.

“Información Médica Protegida” significa la información médica, incluida la información demográfica, recopilada, creada o recibida por mi proveedor de atención médica, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o una entidad de intercambio de datos de atención médica. Esta información médica protegida se relaciona con mi salud física o mental pasada, presente o futura, y me identifica, o existe una base razonable para creer que puede usarse para identificarme.

El Aviso de Prácticas de Privacidad de AllerVie Health se ha proporcionado mediante acceso electrónico y puede entregarse en formato impreso si lo solicito. Entiendo que tengo derecho a revisarlo antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi Información Médica Protegida que pueden ocurrir para garantizar tratamiento, cobro de seguros y la realización de operaciones de atención médica colaborativas de AllerVie Health.

AllerVie Health se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia revisada del aviso en línea en el sitio web principal de AllerVie, solicitando una copia enviada por correo o solicitándola en mi próxima cita.

Autorización y consentimiento para el tratamiento

Ya sea que firme como paciente o como representante, quien suscribe acepta que, en consideración de los servicios acordados que AllerVie Health prestará al paciente (incluidos extractos e inyecciones contra alergias) el paciente y sus representantes se obligan a asumir la responsabilidad financiera y a aceptar la política de pagos de AllerVie Health conforme a lo descrito a continuación, respecto de todos los cargos por dichos servicios incurridos por el paciente. Quien suscribe consiente el tratamiento según lo determine y analice su proveedor de AllerVie, y se compromete a proporcionar historias clínicas precisas y a participar en la evaluación y tratamiento de la salud. Además, quien suscribe acepta específicamente que AllerVie Health pueda usar su Información Médica Protegida para comunicarse por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para necesidades esenciales de seguimiento, recordatorios de citas, coordinación de atención, así como para realizar análisis con fines internos, personalizar servicios al paciente y crear información disociada que pueda usarse o divulgarse de cualquier manera permitida por la ley, incluso a terceros con relación a esfuerzos comerciales y de mercadotecnia. Esta oficina presentará y cobrará a su seguro cuando existan beneficios de seguro. Autorizo por este medio a AllerVie Health a usar la “firma en archivo” en lugar de una firma original para todas las reclamaciones médicas presentadas por los servicios prestados al paciente. Reconozco que toda la información respecto a mi identidad es correcta y exacta a mi leal saber y entender. Al firmar/aceptar este documento, entiendo que soy responsable de cualquier información falsa que pudiera resultar en una multa o sanción, y que debo notificar a AllerVie Health si cambia cualquiera de mis datos o si mi identidad es comprometida o robada.

Política de consentimiento financiero del paciente

TODOS LOS DEDUCIBLES, COPAGOS Y COSEGUROS SE DEBEN PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

Gracias por elegir AllerVie Health. Para asegurar claridad sobre sus responsabilidades financieras, revise e indique con sus iniciales cada política:

Comprobante de seguro: _____ Iniciales

- Proporcione información de seguro actualizada y una identificación oficial en cada consulta.
- La información de seguro incorrecta o vencida puede resultar en responsabilidad del paciente por los cargos.
- Infórmenos de cualquier cambio en su seguro antes de su cita.
- La cobertura de seguro no verificada o rechazada será su responsabilidad.

Cobertura del seguro: _____ Iniciales

- AllerVie Health presentará reclamaciones con aseguradoras participantes como cortesía.
- Usted debe pagar copagos, deducibles y coseguro en el momento del servicio.
- Comprender los beneficios de su seguro es su responsabilidad.
- Usted debe pagar los cargos que no estén cubiertos por su seguro.

Copagos, deducibles y coseguro: _____ Iniciales

- El pago de copagos, deducibles y coseguro es obligatorio en cada consulta, conforme a su acuerdo con el seguro.
- Proporcione oportunamente cualquier información adicional solicitada por su aseguradora.

Derivaciones: _____ Iniciales

- Si su plan de seguro requiere una derivación para consultar a un alergólogo o un número de autorización de derivación, debe asegurarse de que nuestro consultorio reciba esta derivación al menos 24 horas antes de su cita, de lo contrario, su cita podría reprogramarse.

Pago directo: _____ Iniciales

- Los pacientes que paguen directamente deben realizar el pago en el momento del servicio.

Citas no canceladas: _____ Iniciales

- Cancele citas al menos 24 horas antes para evitar una tarifa de \$50 por no presentarse.
- Las citas no canceladas dentro de este plazo generarán una tarifa de \$50, que se cargará directamente a su cuenta.

Incumplimiento de pago: _____ Iniciales

- Las cuentas vencidas pueden resultar en la suspensión de atención no urgente, la baja del consultorio o la referencia a agencias de cobro.
- Las deudas impagadas pueden ser denunciadas a burós de crédito.

Tarjeta en archivo: _____ Iniciales

- Recomendamos que los pacientes mantengan una tarjeta de crédito segura en archivo para facilitar el pago.
- La información de la tarjeta solo se utilizará para cargos autorizados relacionados con la atención médica.
- La autorización permanece vigente hasta que sea revocada por escrito.

Firma y aceptación

Entiendo que el pago de todos los cargos es mi responsabilidad, independientemente de la cobertura de mi seguro. Al firmar o aceptar electrónicamente, reconozco y acepto legalmente estos términos.

Firma del paciente o tutor legal/Parte responsable

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Relación con el paciente (si corresponde): _____

Consentimiento familiar para el tratamiento

CONSENTIMIENTO PARA HABLAR SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO

Si desea permitir que nuestros médicos o personal hablen sobre su tratamiento médico con otra persona, o si no puede acompañar a su hijo a una cita y desea otorgar permiso para que nuestros médicos y personal hablen sobre el tratamiento médico de su hijo en su ausencia, complete el siguiente formulario.

CONSENTIMIENTO PARA HABLAR SOBRE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

De acuerdo con nuestra política financiera, salvo que tengamos autorización por escrito, no compartiremos información financiera con nadie más que la persona responsable de la cuenta del paciente. Si nuestro personal tiene su permiso para compartir esta información con alguien, complete el siguiente formulario. Los pacientes que requieren pruebas de alergia pueden tener gastos de bolsillo según su aseguradora. La persona que acompañe al paciente será responsable del pago o copago en el momento de la consulta.

Yo, _____, doy permiso a: _____

Nombre

Relación _____

Nombre

Relación _____

para compartir y otorgar consentimiento para el tratamiento médico y las obligaciones financieras de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

en AllerVie Health. Este permiso será válido durante la duración de la inscripción en AllerVie Health o hasta que sea actualizado por el paciente o parente/tutor legal del paciente menor.

Firma del paciente

Fecha de firma _____

Medicamentos que se deben suspender para las pruebas

Antihistamínicos con receta

- Atarax, Vistaril (hidroxizina)
- Allegra (fexofenadina)
- Clarinex
- Periactin (ciproheptadina)
- Rondec
- Pediatex
- Pedi-Ox
- Rynnatan
- Q-DAL
- Tussionate
- Tussi-12
- Tannihist
- Xyzal
- Cualquier medicamento que contenga levocabastina
- *Doxepina/Adapin/Sinequan deben suspenderse más de 5 días, pero NO LOS SUSPENDA hasta hablar con su alergólogo

Antihistamínicos de venta libre

- Claritin, Alavert, Triaminic, Allerchews, antihistamínico no sedante de marca genérica (loratadina)
- Zyrtec (ceterizina)
- Benadryl (difenhidramina)
- Tavist (clemastina)
- Clorfeniramina (como Chlor-Trimeton, Actifed, Allerest)
- NyQuil, Robitussin Night Cold, Tylenol Flu Night Time (doxilamina)
- Tylenol o Advil PM (contienen difenhidramina)
- Pepcid/Zantac (famotidina)
- Dramamine (dimenhidrinato)
- Cualquier medicamento que contenga loratadina
- Cualquier medicamento que contenga famotidina
- Cualquier medicamento que contenga difenidramina
- Cualquier medicamento que contenga bromfeniramina
- Cualquier medicamento que contenga clorfeniramina
- Cualquier medicamento que contenga carbinoxamina
- Cualquier medicamento que contenga doxilamina
- Cualquier medicamento que contenga clemastina
- Cualquier medicamento que contenga tripolidina
- Cualquier medicamento que contenga tripelenamina
- Cualquier preparación para alergia o resfriado (como Tylenol Cold & Sinus o Advil Cold & Sinus)

Esta lista no es exhaustiva. Para cualquier duda, contacte al consultorio antes de su consulta.

Otros tipos de medicamentos que deben suspenderse 5 días antes de la prueba de alergia

Medicamentos contra las náuseas

- Dramamine (dimenhidrinato)
- Doxilamina
- Antivert, Bonine (meclizina)
- Phenergan (prometazina)

Pastillas para dormir de venta libre

- Cualquier producto "PM" (como Tylenol PM, Excedrin PM, Alka Seltzer PM o Doan's PM)
- Simply Sleep Nighttime Sleep Aid
- Sominex
- Cualquier medicamento que contenga difenhidramina

Aerosoles nasales con receta

- Astelin/azelastina
- Patanasa/olopatadina

Gotas oftálmicas de venta libre

- Gotas oftálmicas Visine A
- Op-Con A
- Naph-Con A
- Gotas oftálmicas de alomida

Gotas oftálmicas con receta

- Gotas oftálmicas Patanol
- Gotas oftálmicas Zaditor
- Gotas oftálmicas Optivar
- Gotas oftálmicas Elestat
- Gotas oftálmicas olopatadina/azelastina

Medicamentos que PUEDE CONTINUAR y no interfieren con pruebas:

- Aerosoles nasales salinos
- Aerosoles nasales esteroides
- Aerosol nasal Afrin
- Singulair
- Inhaladores para el asma
- Tratamientos con nebulizador para el asma
- Nasalcrom
- Crolom
- Zycam
- Mucinex (guaifenesina)
- Preparaciones para la tos o sinusitis que solo contengan dextrometorfano y/o guaifenesina y/o pseudoefedrina
- Sudafed simple (pseudoefedrina)
- Preparaciones para resfriado "sin somnolencia" EXCEPTO LORATADINA

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

NO TOME ANTIHISTAMÍNICOS 5 DÍAS ANTES DE SU CITA

Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección residencial (si la dirección postal es un apartado postal): _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono preferencial: _____ Teléfono alternativo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro N.º de Seguro Social: _____

Estado civil (marque uno) Soltero Casado Divorciado Viudo Edad: _____

Empleador del paciente: _____

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? _____

Dirección de correo electrónico: _____

Raza: _____ Etnia (marque una): No hispano Hispano

Idioma preferencial: _____

Nombre del médico que deriva: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Información de la parte responsable

Nombre: _____ Cónyuge Padre/Madre Tutor

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono preferencial: _____ Teléfono alternativo: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Información en caso de emergencia

Nombre del contacto: _____ Relación: _____

N.º de teléfono: _____

N.º de cuenta del paciente: _____

Información del seguro médico

Cobertura primaria

Nombre de la empresa: _____

N.º de contrato (identificación): _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza tal como aparece en la tarjeta: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación bancaria para reclamaciones de recetas: _____

Cobertura secundaria

Nombre de la empresa: _____

N.º de contrato (identificación): _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Quien suscribe acepta, ya sea como representante o como paciente, que en consideración a los servicios que AllerVie Health proporcionará al paciente antes mencionado, se obliga, asume la responsabilidad financiera y acepta pagar al proveedor, a requerimiento, todos los cargos por dichos servicios y gastos incidentales en los que incurra dicho paciente. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobro, quien suscribe acepta pagar el 33% del saldo no pagado por costos de cobranza o la tarifa máxima permitida por la ley, en el momento en que la cuenta sea remitida a una agencia de cobro. Además, entiendo que, en caso de que la cuenta sea remitida a un abogado para su cobranza, acepto ser responsable de los costos judiciales razonables adicionales y honorarios de abogado, según lo determine el tribunal. Quien suscribe entiende que todas las facturas se pagan al momento del servicio y que él/ella, no la compañía de seguros, es responsable del pago de todos los servicios.

Hasta que mis cuentas se liquiden por completo, doy mi consentimiento directo para recibir comunicaciones respecto a mis cuentas de cualquier servicio y de cualquier cobrador de mis cuentas, por diversos medios, como: 1) cualquier número de celular, línea fija o mensaje de texto que proporcione, 2) cualquier dirección de correo electrónico que proporcione, 3) sistemas de marcación automática, 4) mensajes de buzón de voz y otras formas de comunicación.

Autorizo por este medio a AllerVie Health a usar la "firma en archivo" en lugar de una firma original para todas las reclamaciones médicas presentadas por los servicios prestados al paciente antes mencionado.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

Historia clínica

1. Motivo de la consulta: _____

 Médico de atención primaria: _____ Me gustaría que mis resultados se compartan con este médico

2. Medicamentos: traiga una lista completa a su cita o complete el cuadro a continuación.

Nombre	Dosis	Instrucciones	Frecuencia

3. Farmacia local

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

3. Farmacia de pedidos por correo

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

4. Enumere todas las alergias a medicamentos. Incluya el nombre del medicamento y el tipo de reacción.

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

Antecedentes de alergias

 1. ¿Alguna vez ha tenido...? Fiebre del heno/Alergias estacionales Asma infantil Asma en edad adulta

 Eccema

 Urticaria

 Ojos alérgicos

 Reacción a la picadura de un insecto

 Alergias alimentarias

 Hinchazón

 Alergia al látex

 Alergia química

2. Enumere todas las alergias alimentarias y describa la reacción y las fechas:

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

3. ¿Alguna vez le han hecho pruebas de alergia? Sí No ¿Cuándo? _____

En caso afirmativo, ¿qué tipo de prueba le realizaron? Pruebas cutáneas Análisis de sangre

Otro, describa: _____

¿Qué proveedor de atención médica realizó su prueba de alergia? Nombre/Consultorio: _____

¿Cuáles fueron los resultados de la prueba? _____

4. ¿Ha recibido alguna vez inmunoterapia contra la alergia (inyecciones u oral)? Sí No

Si es así, ¿lo ayudaron? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor y el año: _____

¿Cuánto tiempo recibió la inmunoterapia contra la alergia (inyecciones u oral) de este proveedor? _____

5. ¿Ha tenido otras reacciones alérgicas a...?

Alimentos, describa: _____

Medicamentos, describa: _____

Látex

Picaduras de insectos

¿Qué insecto? Abeja Avispa amarilla Avispa Avispón

Hormiga de fuego Otros: _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la reacción?: urticaria o hinchazón local generalizada o anafilaxia

6. ¿Cuántas infecciones de los senos paranasales sufre al año? 1 2-3 3-4 5 o más Ninguna

7. ¿Cuántas infecciones pulmonares sufre al año? 1 2-3 3-4 5 o más Ninguna

8. ¿Cuántos tratamientos con antibióticos recibe al año? 1 2-3 3-4 5 o más Ninguna

9. ¿Cuántos ciclos de esteroides recibe por año? 1 2-3 3-4 5 o más Ninguna

10. ¿Cuántos días sin síntomas ha tenido en las últimas 2 semanas?

1 2-3 3-4 5 o más Ninguno

11. ¿Cuántas visitas a la sala de emergencias ha tenido en los últimos 6 meses? _____

1 2-3 3-4 5 o más Ninguna

Fechas de visitas a la sala de emergencias: _____

12. ¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido en los últimos 12 meses?

1 2-3 3-4 5 o más Ninguna

Fechas de hospitalización: _____

Antecedentes sociales

1. Estado de fumador: (marque la casilla correspondiente) Nunca he fumado
 Fumador actual: ¿Con qué frecuencia? _____
 Antes fumaba: ¿Año en que dejó de fumar? _____
2. Ocupación actual: _____
Si es un menor, indique: Estudiante. ¿Qué grado? Guardería/Preescolar No corresponde
3. ¿Sus pasatiempos incluyen alguno de los siguientes?
 Sustancias químicas Partículas Animales Deportes al aire libre
4. ¿Cuántas veces en el último año ha consumido 4 o más bebidas en un día?
5. Indique cuáles vacunas tiene al día, si corresponde:
 Influenza (19 o más, en los últimos 12 meses) Tétanos (19 o más, en los últimos 9 años)
 Neumococo (66 o más) Herpes zóster (50 o más)

Antecedentes ambientales

1. ¿Vive en...? (marque todas las que correspondan)
 Casa Departamento Condominio Dúplex Hogar de vida asistida Hogar de ancianos
 Casa adosada Dormitorio Refugio Sin hogar
2. ¿Qué tipo de calefacción tiene su residencia? (marque todas las que correspondan)
 Eléctrica Gas Carbón Petróleo Solar Leña Unidad de ventana
 Otro, describa: _____
3. ¿Qué tipo de refrigeración tiene su residencia? (marque todas las que correspondan)
 Central eléctrica Central de gas Unidad de ventana Ventiladores
 Otro, describa: _____
4. ¿Qué tipo de colchón utiliza?
 Resorte Espuma Cama de agua Aire Gel de látex Otro, describa: _____
5. ¿Qué tipo de almohada utiliza?
 Algodón Pluma/Plumón Espuma Gel Otro, describa: _____
6. ¿Qué tipo de suelo tiene su residencia?
 Alfombra Madera Azulejo Vinilo Otro, describa: _____
7. ¿Ha notado alguna fuga de agua en su residencia? Antes Actualmente Se desconoce Ninguna
8. ¿Tiene algún alérgeno visible en su residencia? Moho Humedad Cucarachas Roedores

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

9. Describa el tipo de césped que hay alrededor de su residencia: _____
10. Describa el tipo de árboles que hay alrededor de su residencia: _____
11. ¿Tiene alguna exposición al látex?
 Globos Preservativos Diafragma Guantes Cinta adhesiva corporal Ninguno
 Otro, describa _____
12. ¿Tiene mascotas? No
 Perros Si es así: 1-2 2 o más Adentro Afuera
 Gatos Si es así: 1-2 2 o más Adentro Afuera
 Otro: _____
13. ¿Hay algún fumador viviendo en su hogar? No Sí

Para niños menores de 15 años, complete lo siguiente

1. Peso al nacer: _____
2. ¿Hubo alguna complicación después del parto? Sí No
 En caso afirmativo, ¿requirió estancia en la unidad de cuidados intensivos? Sí No
3. ¿Hubo alguna infección respiratoria grave antes de los 8 años? Sí No
 Especifique: VRS Neumonía Bronquitis grave Crup
4. ¿El crecimiento y desarrollo han sido normales? Sí No
 Si la respuesta es no, explique: _____
5. ¿Tiene las vacunas al día? Sí No

Medidas preventivas

1. ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas en los últimos 12 meses?
 Vacuna contra la neumonía
 VRS
 Herpes zóster
 COVID
2. Si tiene 40 años o más, ¿alguna vez recibió la vacuna contra la neumonía? Sí No
 Si es así, _____

Prueba de control del asma

Si lo están atendiendo por asma o síntomas de asma, encierre en un círculo la mejor respuesta a las siguientes preguntas:

(Para mayores de 12 años)

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le impidió el asma realizar sus actividades en casa, escuela o trabajo?
 (1) Todo el tiempo (2) La mayor parte del tiempo (3) Algunas veces (4) Un poco del tiempo (5) Nada de tiempo
2. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para respirar?
 (1) Más de una vez al día (2) Una vez al día (3) De tres a seis veces por semana (4) Una o dos veces por semana (5) Nunca
3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas del asma lo despertaron por la noche o antes de lo habitual por la mañana?
 (1) 4 o más noches a la semana (2) 2 o 3 noches a la semana (3) Una vez a la semana (4) Una o dos veces (5) En absoluto
4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de rescate o nebulizador?
 (1) 3 o más veces al día (2) 1 o 2 veces al día (3) 2 o 3 veces a la semana (4) Una vez a la semana o menos (5) Nunca
5. ¿Cómo calificaría el control de su asma en las últimas 4 semanas?
 (1) Nada controlado (2) Poco controlado (3) Algo controlado (4) Bien controlado
 (5) Completamente controlado

Puntuación total: _____

(Para edades de 4 a 11 años)

1. (Al niño) ¿Cómo está tu asma hoy?
 (0) Muy mal (1) Mal (2) Bien (3) Muy bien
2. (Al niño) ¿Cuántos problemas te da el asma cuando corres, haces ejercicio o practicas deportes?
 (0) Es un gran problema, no puedo hacer lo que quiero (1) Es un problema
 (2) Es un pequeño problema, pero está bien (3) No es un problema
3. (Al niño) ¿Toses por al asma?
 (0)Sí, todo el tiempo (1)Sí, la mayoría del tiempo (2)Sí, a veces (3) No, nunca
4. (Al niño) ¿Te despiertas por la noche por al asma?
 (0)Sí, todo el tiempo (1)Sí, la mayoría del tiempo (2)Sí, a veces (3)No, nunca
5. (Para los padres) Durante las últimas 4 semanas, en promedio, ¿cuántos días al mes su hijo tuvo síntomas de asma durante el día?
 (0) Todos los días (1) 19-24 días/mes (2) 11-18 días/mes (3) 4-10 días/mes (4) 1-3 días/mes (5) En absoluto
6. (A los padres) Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días al mes su hijo tuvo sibilancias durante el día debido al asma?
 (0) Todos los días (1) 19-24 días/mes (2) 11-18 días/mes (3) 4-10 días/mes (4) 1-3 días/mes (5) En absoluto
7. (A los padres) Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días al mes su hijo se despertó durante la noche debido al asma?
 (0) Todos los días (1) 19-24 días/mes (2) 11-18 días/mes (3) 4-10 días/mes (4) 1-3 días/mes (5) En absoluto

Puntuación total: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

Historia clínica: marque las afecciones que correspondan

Afección	Cuándo	Explique
<input type="checkbox"/> Reflujo ácido/ERGE/Acidez estomacal		
<input type="checkbox"/> Infecciones agudas del oído		
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica		
<input type="checkbox"/> Alergias		
<input type="checkbox"/> Anemia		
<input type="checkbox"/> Ansiedad		
<input type="checkbox"/> Artritis		
<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Dermatitis atópica		
<input type="checkbox"/> Bronquiolitis		
<input type="checkbox"/> Bronquitis: aguda, crónica		
<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular		
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica/EPOC/Enfisema		
<input type="checkbox"/> Diarrea crónica		
<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído		
<input type="checkbox"/> Fiebre crónica		
<input type="checkbox"/> Colitis		
<input type="checkbox"/> Dermatitis de contacto		
<input type="checkbox"/> Tos		
<input type="checkbox"/> Depresión		
<input type="checkbox"/> Tabique nasal desviado		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar		
<input type="checkbox"/> Eccema		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar		
<input type="checkbox"/> Glaucoma		
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza		
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA		
<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia		
<input type="checkbox"/> Hipertensión		
<input type="checkbox"/> Problemas renales		
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		
<input type="checkbox"/> Fractura nasal		
<input type="checkbox"/> Osteoporosis		
<input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica/Úlcera estomacal		
<input type="checkbox"/> Pleuresía		
<input type="checkbox"/> Neumonía		
<input type="checkbox"/> Sarpullido		
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo		
<input type="checkbox"/> Sinusitis		
<input type="checkbox"/> Apnea del sueño/Ronquidos crónicos		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides		
<input type="checkbox"/> Amigdalitis		
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis		
<input type="checkbox"/> Urticaria/Ronchas		

Nombre del paciente _____

Fecha de nac. _____

Antecedentes quirúrgicos: marque cualquier procedimiento o cirugía

Procedimiento quirúrgico	Cuándo	Explique
<input type="checkbox"/> Adenoidectomía		
<input type="checkbox"/> Angioplastia/Stents		
<input type="checkbox"/> Apendicectomía		
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda		
<input type="checkbox"/> Biopsia (específica)		
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre		
<input type="checkbox"/> Broncoscopia		
<input type="checkbox"/> IDAC		
<input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano		
<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas		
<input type="checkbox"/> Cesárea		
<input type="checkbox"/> Colecistectomía		
<input type="checkbox"/> Legrado uterino		
<input type="checkbox"/> Endoscopia gastrointestinal		
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico		
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		
<input type="checkbox"/> Cirugía de cadera		
<input type="checkbox"/> Histerectomía		
<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla		
<input type="checkbox"/> Miringotomía/Tubos en los oídos		
<input type="checkbox"/> Polipectomía nasal		
<input type="checkbox"/> Septoplastia nasal		
<input type="checkbox"/> Cirugía de los senos paranasales		
<input type="checkbox"/> Toracotomía		
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía		
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía		
<input type="checkbox"/> Vasectomía		
<input type="checkbox"/> Muelas del juicio/Abstracción dental		

Antecedentes familiares: indique qué familiar ha tenido las siguientes enfermedades:

Enfermedad	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija	Otro	No
Rinitis alérgica								
Asma								
Trastorno autoinmune								
Urticaria crónica								
Colitis								
Fibrosis quística								
Diabetes								
Alergia a medicamentos								
Eccema								
Eccema/dermatitis atópica								
Alergia alimentaria								
Glaucoma								
Angioedema hereditario								
Hipertensión								
Hipertiroidismo								
Hipotiroidismo								
Inmunodeficiencia								
Migraña								
Otro:								

Revisión de sistemas

¿Actualmente presenta alguno de los siguientes síntomas?

General	Sí	No
Fiebre		
Escalofríos o sudores nocturnos		
Pérdida de peso		
Aumento de peso		
Cansancio/Debilidad/Fatiga		

Corazón/Vasos sanguíneos	Sí	No
Hipertensión		
Dolor/Opresión en el pecho en reposo o al hacer ejercicio		
Soplo cardíaco		
Palpitaciones del corazón		
Marcapasos		

Dolor/ardor al orinar		
Dificultad para orinar		
Sangre en la orina		
Cálculos renales		

Piel/Cabello	Sí	No
Sarpullido		
Urticaria		
Comezón		
Eccema		

Gastrointestinal	Sí	No
Acidez		
Náuseas		
Vómitos		
Dolor de estómago		
Diarrea		
Constipación		
Hemorroides		
Heces con sangre		
Pérdida reciente de apetito		
Ictericia		
Hepatitis		
Úlcera		

Neurológico	Sí	No
Convulsiones		
Hormigüeo		
Entumecimiento		
Falta de equilibrio		
Accidente cerebrovascular/Parálisis		
Dificultad para hablar		
Tremores		
Dolores de cabeza		

Ojos	Sí	No
Empeoramiento de la vista		
Cataratas		
Glaucoma		
Dolor		
Infección		

Endocrino	Sí	No
Bocio/Problemas de tiroides		
Diabetes mellitus		
Sed frecuente		
Micción frecuente		
Intolerancia al calor		
Intolerancia al frío		

Psiquiátrico	Sí	No
Ansiedad		
Pérdida de memoria		
Trastorno de pánico		
Trastorno bipolar		
Esquizofrenia		

Oídos, nariz y garganta	Sí	No
Mareo		
Pérdida de audición		
Dolor de oídos		
Zumbido en los oídos		
Hemorragias nasales		
Dolor de garganta		
Ronquera		
Llagas en la boca		
Aftas bucales		
Dolor en el cuello		

Músculoesquelético	Sí	No
Dolor articular		
Artritis		
Dolores/Debilidad muscular		
Úlceras en las piernas o los pies		

Hematología	Sí	No
Anemia o hipotensión arterial		
Tiene moretones fácilmente		
Glándulas inflamadas		
Coágulos de sangre		
Transfusiones de sangre		

Pulmones	Sí	No
Tosir sangre		
Neumonía		
Dificultad para respirar		
Bronquitis crónica		

Genitourinario	Sí	No
Micción frecuente		
Infecciones urinarias		

Solo hombres	Sí	No
Problemas de próstata		
ETS		
Secreción del pene		
Dolor o bullo en los testículos o el escroto (bolsa)		

Reconozco que toda la información respecto a mis antecedentes médicos es correcta y precisa a mi leal saber y entender. Al firmar este documento entiendo que soy responsable de cualquier información falsa que pudiera impedir el tratamiento adecuado proporcionado por los proveedores de atención médica y el personal de AllerVie Health. Estoy consciente de que soy responsable de proporcionar información actualizada a los médicos y al personal de AllerVie Health conforme ocurran cambios en mis antecedentes médicos.

Firma _____

Fecha _____

Formulario de autorización para fotografía y publicidad

Yo, quien suscribe, por este medio otorgo mi consentimiento y acuerdo en que AllerVie Health y sus subsidiarias y socios, así como sus empleados o agentes, tienen permiso para **usar mi nombre, semejanza, imagen, voz o apariencia, así como mi información médica**, según pueda estar incorporada en cualquier retrato, fotografía, grabación de video, grabación de audio, imágenes digitales y similares, tomadas o realizadas en nombre de dichas entidades o en el marco de sus actividades.

Acepto que AllerVie Health y sus subsidiarias y socios pueden usar este material en cualquier y todos los medios, ahora o en el futuro, y exclusivamente para cualquier propósito consistente con sus misiones. Estos usos incluyen, entre otros, ilustraciones, exhibiciones, videos, reimpresiones, reproducciones, publicaciones, anuncios y cualquier material promocional, de mercadotecnia o educativo en cualquier medio conocido o que se desarrolle en el futuro, incluido Internet. Además, otorgo mi consentimiento para que mi nombre e identidad puedan ser divulgados en dicho material o a través de texto descriptivo o comentario.

Por este medio libero a AllerVie Health y a sus subsidiarias y socios, así como a sus agentes y empleados, de todos los derechos para exhibir este trabajo en forma impresa y electrónica, ya sea pública o privada, y para comercializarlo y vender copias. Renuncio a cualquier derecho, reclamación o interés que pudiera tener para controlar el uso de mi identidad o imagen en cualquier medio utilizado. Entiendo que no habrá remuneración financiera ni de otra índole a mi favor como resultado de este acuerdo o de lo descrito en este.

También entiendo que AllerVie Health y sus subsidiarias y socios no son responsables por ningún gasto o responsabilidad en que se incurra como resultado de mi participación en esta grabación, incluidos gastos médicos por cualquier enfermedad o lesión sufrida en consecuencia.

Declaro que tengo al menos 18 años, o que soy el tutor legal, que he leído y entendido la declaración anterior y que tengo la capacidad legal para suscribir este acuerdo.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Padre, madre o tutor legal: _____

Firma

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETENIDAMENTE. Actualizado al 18 de junio de 2025.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”) se proporciona en cumplimiento con la Normas de Privacidad de Información Médica Individualmente Identificable (las “Normas de Privacidad”) establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, con sus enmiendas. AllerVie Health, incluidas sus afiliadas (en lo sucesivo, el “Consultorio”), está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información médica, según se define a continuación.

En este Aviso, la información médica se refiere a su “Información Médica Protegida” (Protected Health Information, PHI), que incluye toda la “Información Médica Individualmente Identificable” transmitida o mantenida por el Consultorio, sin importar su forma (verbal, escrita o electrónica). El término “Información Médica Individualmente Identificable” se refiere a la información que:

- es creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o entidad de intercambio de datos de atención médica;
- se relaciona con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona, la prestación de atención médica a una persona, o el pago pasado, presente o futuro de la atención médica proporcionada a una persona; e
- identifica a la persona o respecto de la cual existe una base razonable para creer que la información puede usarse para identificar a la persona.

QUIÉNES CUMPLEN ESTE AVISO. Este Aviso describe las políticas y procedimientos de nuestro Consultorio, así como de cualquier profesional de atención médica autorizado a ingresar información en su expediente médico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios autorizados para ayudarlo, así como todos los empleados, personal y demás personal del Consultorio.

POLÍTICA SOBRE LA PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en el Consultorio. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el Consultorio, ya sea realizados por personal del Consultorio o por su médico personal. La ley nos exige: asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; brindarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y seguir los términos del Aviso que esté vigente. Otras formas en que podemos usar o divulgar su información médica incluyen: recordatorios de citas; cuando lo exija la ley; para beneficios y servicios relacionados con la salud; a las personas involucradas en su atención o en el pago de su atención; investigación; para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad; y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su información personal podrían incluir: peritos forenses, médicos forenses y directores de funerarias; actividades de supervisión médica; cumplimiento de la ley; litigios y disputas; militares y veteranos; seguridad nacional y actividades de inteligencia; donación de órganos y tejidos; riesgos de salud pública; e indemnización laboral.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. Las siguientes categorías describen distintas formas en que usamos y divulgamos información médica. Para cada categoría, explicaremos el significado y proporcionaremos ejemplos específicos si lo solicita. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría. Sin embargo, todas las formas permitidas de uso y divulgación caerán dentro de alguna de estas categorías. Debemos obtener su autorización antes de usar y divulgar cualquier nota de psicoterapia, los usos y divulgaciones de la PHI con fines de mercadotecnia y las divulgaciones que constituyan una venta de la PHI. Los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización.

Para pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que los tratamientos y servicios que reciba en el Consultorio sean facturados y el pago se pueda cobrar de usted, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, podemos divulgar su expediente a una compañía de seguros para recibir pago por su atención. También

podemos divulgar su información médica a su plan de salud para permitir la determinación de elegibilidad o cobertura de beneficios, revisar los servicios prestados para verificar la necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización. También podemos divulgar información médica sobre usted a la parte responsable de su cuenta. Si usted figura como dependiente en la póliza de seguro de otra persona, la información financiera sobre la atención médica brindada puede enviarse a la parte responsable. Además, si no paga oportunamente los servicios de atención médica que le brindamos, podemos divulgar información médica limitada a una agencia de cobro. También podemos divulgar su información médica a otros proveedores de salud, planes de salud o entidades de intercambio de datos de atención médica para sus actividades de pago. Por ejemplo, podemos proporcionar su información médica a una compañía de transporte o ambulancia que le haya prestado servicios.

Para tratamiento. Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal involucrado en su atención en el Consultorio o en el hospital. Por ejemplo, nuestros médicos y enfermeros pueden usar y divulgar información médica entre ellos para proporcionarle tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información médica para operaciones de atención médica. El uso y la divulgación son necesarias para el funcionamiento del Consultorio y para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos divulgar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del Consultorio con fines de revisión y aprendizaje. Por ejemplo, podemos revisar su expediente para apoyar los esfuerzos de mejora de calidad.

Socios comerciales. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales que nos asistan en la prestación de atención médica y servicios relacionados, como empresas de facturación, abogados, contadores y otros. Antes de divulgar su información médica a estos asociados, tendremos un contrato escrito con cada uno de ellos que los obligue a mantener la privacidad de su información médica.

A continuación, se presentan otras razones por las que podemos usar y divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización:

Usos y divulgaciones requeridos por la ley. Podemos usar o divulgar su información médica según lo exija la ley, pero debemos limitar dicho uso o divulgación a la información relevante y cumplir con los requisitos legales aplicables. También debemos divulgar su información médica al Secretario de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento con las leyes federales de privacidad.

Actividades de salud pública. Podemos usar o divulgar su información médica a las autoridades de salud pública autorizadas para recibir o recopilar información con fines de salud pública, como la prevención o el control de enfermedades y ciertas actividades regulatorias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration).

Abuso, negligencia o violencia doméstica. Podemos usar o divulgar su información médica en algunos casos si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos usar o divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluidos, por ejemplo, inspecciones y la obtención de licencias para centros de atención médica.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos usar o divulgar su información médica bajo ciertas condiciones para cumplir con procedimientos legales, como una citación judicial o una orden emitida por un tribunal o tribunal administrativo.

Fines de cumplimiento de la ley. Podemos usar o divulgar su información médica con fines de cumplimiento de la ley a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para la identificación de sospechosos o cuando se haya cometido un delito en nuestros centros.

Difuntos. Podemos usar o divulgar información médica sobre personas fallecidas a peritos forenses, médicos forenses, directores de funerarias y otras personas involucradas en su atención.

Investigación. En circunstancias limitadas, podemos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo investigaciones médicas.

Amenaza grave a la seguridad. Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave a la seguridad de una persona o del público.

Indemnización laboral. Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización laboral y programas similares.

A sus representantes personales y familiares. Podemos divulgar su información médica a sus representantes personales designados por usted o autorizados por la ley aplicable. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona que participa en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que usted se oponga total o parcialmente. En una situación de emergencia y si usted está incapacitado, se le dará la oportunidad de aceptar u objetar cuando sea posible.

No usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún otro propósito, salvo que nos otorgue autorización por escrito. Si nos otorga autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para un propósito que no se describe en este Aviso, en la mayoría de los casos podrá revocarla por escrito en cualquier momento.

Su revocación será efectiva para toda la información médica que conservamos, salvo que hayamos tomado medidas confiando en su autorización.

A continuación, se detallan algunas circunstancias en las que podemos usar y divulgar su información médica únicamente con su autorización:

Notas de psicoterapia. Con excepciones limitadas, se requiere su autorización para el uso o divulgación de notas de psicoterapia, que son notas registradas por un profesional de salud mental que documentan el contenido de una conversación durante una sesión privada de asesoramiento o una sesión grupal, conjunta o familiar, y que se conservan separadas del resto de su historia clínica.

Mercadotecnia. Con excepciones limitadas, se requiere su autorización para usar o divulgar su información médica con fines de mercadotecnia.

Venta de su información médica. Se requiere su autorización si deseamos vender su información médica.

AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES. Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede solicitar al Consultorio que le proporcione una copia de este Aviso en cualquier momento.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Podemos rechazar su solicitud de inspección y copia en circunstancias muy limitadas.

Derecho a enmendar. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar al Consultorio que la enmiende. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga en poder del Consultorio o por cuenta del mismo. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito, presentarse al funcionario de privacidad y debe incluir una razón que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información médica que divulgamos a alguien que participe en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella, salvo que la información sea necesaria para proporcionarle atención de emergencia. Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad.

Derecho a solicitar la exclusión de comunicaciones de recaudación de fondos. Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos del Consultorio.

Derecho a restringir divulgaciones a su plan de salud. Tiene derecho a restringir las divulgaciones de su PHI a un plan de salud si la divulgación es para pago u operaciones de atención médica y se refiere a un servicio o insumo de atención médica por el cual usted ha pagado íntegramente de su bolsillo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera o en un lugar específico. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a un registro de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un “registro de divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Para solicitar este registro, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad.

Derecho a recibir una notificación en caso de una violación de seguridad. Tiene derecho a recibir una notificación del Consultorio en caso de que ocurra una violación relacionada con su información médica.

CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Publicaremos una copia del Aviso vigente en la sala de espera del Consultorio.

QUEJAS. Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el consultorio o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja ante el Consultorio, envíe un correo electrónico a info@allervie.com, o una carta a 2500 Legacy Dr., Suite 200, Frisco, TX, 75034. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No recibirá ningún tipo de penalización por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA. Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este Aviso o por las leyes aplicables se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos otorga permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea recibir una explicación más detallada, contacte a nuestro funcionario de privacidad.