



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Información para el paciente

Nombre	La fecha de hoy:
Dirección	Fecha de nacimiento:
Apartamento	La seguridad social.
Ciudad Estado Código postal	
Correo electrónico	
Casa #	# De la célula
Empleador	Trabajo #
¿Que podamos agradeceremos a enviar?	
Médico	Teléfono

Consentimiento y autorización

Por la presente solicito servicios médicos por Gateway medicina del deporte y rehabilitación o rehabilitación de lesiones de Milwaukie y centro de bienestar (GSMR/MIRWC). Entiendo que puede haber riesgos involucrados con y alternativas a los tratamientos médicos propusieron por el personal de GSMR/MIRWC que entiendo que siempre tengo el derecho de hacer preguntas detalladas sobre todos los aspectos de mi tratamiento. Doy mi consentimiento a servicios prestados y prestados por el personal del GSMR/MIRWC.

He pedido, como una cortesía a mí, que mi compañía de seguros le cobrará por todos servicios prestados a mí en GSMR/MIRWC. Sin embargo, entiendo que soy personalmente responsable del pago de todas las facturas de servicios. Con excepción de reclamación de compensación laboral de un trabajador aceptados. Entiendo que cualquier cheque devuelto estará sujeto a una cuota de veinticinco dólares (\$25) y ninguno volvió compruebe tarifas. Entiendo que en caso de no hacer ningún pago dentro del plazo previsto en el estado de cuenta, será responsable de todos los costos de colecciones, incluyendo un premio de honorarios legales incurridos en juicio y en la apelación. He revisado la información anterior y parece correcto.

Autorizo la divulgación de información en mi historia de registros médicos y al personal del GSMR/MIRWC. Autorizo la divulgación de información en mi historial médico y la historia a mi compañía de seguros cuando sea requerido por la compañía de seguros para pagar cualquier gasto médico incurrido por mí en GSMR/MIRWC. Yo autorizo de historial médico, tanto verbalmente como por escrito, a mi médico cuando personal GSMR/MIRWC está trabajando bajo referencia.

Nombre	firma	fecha
--------	-------	-------



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
 10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
 Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Formulario de datos de vehículo de motor accidente lesiones

Nombre: _____

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: AM/PM

Nombre del controlador: _____ Que asiento estabas en: _____

Tipo de auto que estabas en: _____ Tipo de auto que impactó con: _____

¿Dónde fue golpeado el coche? derecho/ izquierdo / trasero / frontal / lateral / otros

- Tipo de accidente: Choque frontal Colisión de costado Colisión
 Impacto frontal, auto chocada en el frente Non-colisión

Cruce principal más cercano calle: _____

Describe en sus propias palabras lo que le pasó al impacto: _____

¿Has visto el accidente viniendo? Y / N ¿Usted prepararse para el impacto? Y / N

¿Fueron usados los cinturones de seguridad? Y / N ¿Fueron usados los arneses de hombro? Y / N

¿Tu coche tiene apoyos para la cabeza? Y / N Se movía su coche en el momento del accidente. S/N

¿Implementar bolsas de aire? Y / N

Posición de la cabeza/cuerpo en el momento del impacto:	<input type="radio"/> Cabeza vuelta izquierda/derecha
<input type="radio"/> Cabeza mirando hacia atrás <input type="radio"/> Cuerpo recto en	<input type="radio"/> Cabeza hacia adelante

Cuerpo girada izquierda/derecha

¿En el momento del accidente, recordar qué partes de su cabeza o cuerpo caer lo que las partes en el interior del coche? _____

Como consecuencia del accidente que eras:	<input type="radio"/> Inconsciente	<input type="radio"/> Vaga aturdido, circunstancia
	<input type="radio"/> otros	

Por favor, divisa cómo te sentiste después del accidente: _____

Más tarde ese día: _____ la noche: _____



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Al día siguiente:

¿Busca ayuda médica inmediatamente/pronto después de accidente? S/N médico/clínica: _____

¿Tuviste y quejas físicas justo antes del accidente. S/N Y si por favor explique: _____

¿Está tomando actualmente medicamentos recetados debido a este incidente? Y / N en caso afirmativo, lista abajo

¿Notar cualquier actividad de su hogar o trabajo rutinas que son diferentes ya que desde **antes** del accidente? S/N que eres incapaz de hacer ___ eso son dolorosas para hacer ___ eso son difíciles de do ___

¿Ocupación: ___ empleador: ___ tienen que perdió tiempo de trabajo? S/N si metros de trabajo ___ a ___: ___ a ___ PT de trabajo ___ a ___: ___ a ___ o * incapaces de trabajar desde el accidente

la noche:

¿Examinaron a usted? ¿S/N fueron radiografías tomadas? S/N qué tratamiento le dieron?
___ Date de Tx último: ___

Antes del accidente ¿has tenido síntomas similares a lo que estás experimentando ahora?
S/N Y si por favor explique:

NOTICE OF PRIVACY POLICIES FOR

Gateway Sports Medicine and Rehabilitation PC



10915 SE Stark St,
Portland, OR 97216
Phone: 503-261-1120
Fax: 503-261-8936

THIS NOTICE DESCRIBES HOW INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Introduction

At Gateway Sports Medicine and Rehabilitation Clinic PC, we are committed to treating and using protected health information about you responsibly. This Notice of Health Information Practices describes the personal information we collect, and how and when we use or disclose that information. This protected health information as defined by federal regulations.

Understanding Your Health Information

Each time you visit Gateway Sports Medicine and Rehabilitation PC, a record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information; often referred to as your health or medical record, serves as a:

- Basis of planning your care and treatment,
- Means of communication among the many health professionals who contribute to your care;
- Legal document describing the care you received,
- Means by which you or a third-party payer can verify that services billed were actually provided,
- A tool in educating health professionals,
- A source of data for medical research,
- A source of information of public health officials charged with improving the health of this state and the nation,
- A source of data for our planning and marketing,
- A tool with which we can assess and continually work to improve the care we render and the outcomes we achieve,

Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to: ensure its accuracy, better understand who, what, when, where, and why others may access your health information, and make more informed decisions when authorizing disclosure to others

Your Health Information Rights

Although your health record is the physical property of Gateway Sports Medicine and Rehabilitation PC, the information belongs to you. You have the right to:

- Obtain a paper copy of this notice of information practices upon request,
- Inspect and copy your health record as provided for in 45 CFR 164.524,
- Amend your health record as provided in 45 CFR 164.528,
- Obtain an accounting of disclosures of your health information as provided in 45 CFR 164.528,
- Request communications of your health information by alternative means or at alternative locations,
- Request a restriction on certain uses and disclosures of your information as provided by 45 CFR 164.522, and
- Revoke your authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken.

Our Responsibilities

Gateway Sports Medicine and Rehabilitation PC is required to:

- Maintain the privacy of your health information,
- Provide you with this notice as to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you,
- Abide by the terms of this notice,
- Notify you if we are unable to agree to a requested restriction, and
- Accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations.

We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all protected health information we maintain. Should our information practices change, we will mail a revised notice to the address you've supplied us, or if you agree, we will email the revised notice to you.

We will not use or disclose your health information without your authorization, except as described in this notice. We will also discontinue to use or disclose your health information after we have received a written revocation of the authorization according to the procedures included in the authorization.

For More Information or to Report a Problem

If you have questions and would like additional Information, you may contact the practice's Privacy Officer, Tami Gorman at 503-261-1120.

If you believe your privacy rights have been violated, you can file a complaint with the practice's Privacy Office or with the Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services. There will be no retaliation for filing a complaint with either the Privacy office or the Office for Civil Rights. The address for the OCR is listed below:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Examples of Disclosures for Treatment, Payment, and Health Operations

We will use your health information for treatment.

For example: Information obtained by a nurse, physician, or other member of your health care team will be recorded in your record and used to determine the course of treatment that should work best for you. Your physician will document in your record his or her expectations of the members of your health care team. Members of your health care team will then record the actions they took and their observations. In that way, the physician will know how you are responding to treatment.

We will also provide your physician or a subsequent health care provider with copies of various reports that should assist him or her in treating you once you're discharged from this hospital.

We will use your health information for payment

For example: A bill may be sent to you or a third-party payer. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures, and supplies used.

We will use your health information for regular health operations.

For Example: Members of the medical staff, the risk or quality improvement manager, or members of the quality

improvement team may use information in your health record to assess the care and outcomes in your case and others like it. This information will then be used in an effort to continually improve the quality of and effectiveness of the healthcare and service we provide.

Business associates: There are some services provided in our organization through contacts with business associates. Examples include physician services in the emergency department and radiology, certain laboratory tests, and a copy service we use when making copies of your health record. When these services are contracted, we may disclose your health information to our business associate so that they can perform the job we've asked them to do and bill you or your third-party payer for services rendered. To protect your health information, however, we require the business associate to appropriately safeguard your information.

Directory: Unless you notify us that you object, we will use your name, location in the facility, general condition, and religious affiliation for directory purposes. This information may be provided to members of the clergy and, except for religious affiliation, to other people who ask for you by name.

Notification: We may use or disclose information to notify or assist in notifying any family member personal representative, or assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care, your location, and general condition.

Communication with Family: Health professionals, using their best judgment, may disclose to family member, other relative, close personal friend or any other person you identify, health information relevant to that person's involvement in your care or payment related to your care.

Research: We may disclose information to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information.

Funeral director: We may disclose health information to funeral directors consistent with applicable law to carry out their duties.

Organ procurement organizations: Consistent with applicable law, we may disclose health information to organ procurement organizations or other entities engaged in the procurement, banking, or transplantations of organs for the purpose of tissue donation and transplant.

Marketing: We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Fund raising: We may contact you as part of fund-raising effort.

Food and Drug Administration (FDA): We may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, product and product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs, or replacement.

Workers compensation: We may disclose health information to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers compensation or other similar programs established by law.

Public health: As requested by law, we may disclose your health information to public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease, injury, or disability.

Law enforcement: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena.

Federal law makes provision for your health information to be released to an appropriate health oversight agency, public health authority or attorney, provided that a work force member or business associate believes in good faith that we have engaged in unlawful conduct or have otherwise violated professional or clinical standards and are potentially endangering one or more patients, workers or the public.

Por favor leer atentamente: Este cuestionario ha sido diseñado para dar la información del médico en cuanto a cómo dolor ha afectado su capacidad para gestionar todos los días vida. Por favor responder a cada sección y marcar en cada sección solamente la **Una caja** que debe estrechamente describe sus problemas.

Sección 1 – intensidad del dolor	Sección 4 – caminando continuo
<input type="checkbox"/> o que puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que utilizar analgésicos.	<input type="checkbox"/> o Sólo puedo caminar con un bastón o muletas.
<input type="checkbox"/> o El dolor es malo pero gestiono sin tomar analgésicos.	<input type="checkbox"/> o Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que meterme al baño.
<input type="checkbox"/> o Analgésicos dan alivio completo del dolor.	Sección 5 – sentado
<input type="checkbox"/> o Analgésicos dan alivio moderado dolor.	<input type="checkbox"/> o Me puedo sentar en cualquier silla mientras me gusta
<input type="checkbox"/> o Analgésicos dan muy poco alivio del dolor.	<input type="checkbox"/> o Me puedo sentar en mi silla favorita mientras me gusta
<input type="checkbox"/> o Analgésicos no tienen ningún efecto sobre el dolor y yo no los uso.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de estar sentado durante más de 1 hora
Sección 2 – Cuidado Personal	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de estar sentado por más de ½ hora
<input type="checkbox"/> o Puedo cuidar yo normalmente sin causar dolor adicional de.	<input type="checkbox"/> o Dolor sentado por más de 10 minutos me impide
<input type="checkbox"/> o Puedo cuidarme normalmente pero causa dolor extra.	<input type="checkbox"/> o Dolor sentado nada me impide
<input type="checkbox"/> o Es doloroso cuidar de mí mismo y me siento lento y cuidadoso.	Sección 6 – pie
<input type="checkbox"/> o Necesitan ayuda pero puede manejar la mayoría de mi cuidado personal.	<input type="checkbox"/> o Lo que puedo soportar tanto como quiera sin dolor extra
<input type="checkbox"/> o Necesito ayuda cada día en la mayoría de los aspectos de los autocuidados.	<input type="checkbox"/> o Lo que puedo soportar tanto como yo quiero, pero me da dolor extra
<input type="checkbox"/> o No llegar vestida, lave con dificultad y quedarse en la cama.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide estar parado por más de 1 hora
Sección 3 – elevación	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide estar parado por más de ½ hora
<input type="checkbox"/> o Puedo levantar pesas sin dolor extra.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide estar parado por más de 10 minutos
<input type="checkbox"/> o Puedo levantar pesas pero me da dolor extra.	<input type="checkbox"/> o Evita el dolor de pie en todo
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de levantamiento de pesas del suelo, pero puedo manejar pesos medianos si se colocan convenientemente la luz	Sección 7 – dormir
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de levantamiento de pesas, pero me las arreglaré luz medianas pesos si se colocan convenientemente	<input type="checkbox"/> o Dolor no impide que me de dormir bien
<input type="checkbox"/> o Puedo levantar pesas sólo muy ligeras	<input type="checkbox"/> o Puedo dormir bien sólo mediante el uso de tabletas
<input type="checkbox"/> o No puedo levantar ni llevar nada en absoluto.	<input type="checkbox"/> o Incluso cuando tomo pastillas que tengo menos de 6 horas de sueño
Sección 4 – caminando	<input type="checkbox"/> o Incluso cuando tomo pastillas que tengo menos de 4 horas de sueño
<input type="checkbox"/> o Dolor no me impide caminar cualquier distancia.	<input type="checkbox"/> o , Incluso cuando le cuento las tabletas tengo menos de dos horas de sueño
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide caminar más de 1 km.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide dormir en absoluto
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide caminar más de ½ milla.	Sección 8 – vida sexual
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide caminar más de ¼ de milla.	<input type="checkbox"/> o Mi vida sexual es normal y no causa ningún dolor extra

Sección 8 – vida sexual continuo	Sección 12 – dolores de cabeza continuo
o Mi vida sexual es normal por causa dolor extra	o Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia
o Mi vida sexual es casi normal, pero es muy doloroso	o Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia
o Mi vida sexual está severamente restringido por el dolor	o Tengo fuertes dolores de cabeza que vienen con frecuencia
o Mi vida sexual está casi ausente debido a dolor	o Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo
o Dolor previene cualquier vida sexual en absoluto	Sección 13 – concentración
Sección 9 – vida Social	o Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad
o Mi vida social es normal y me no da dolor extra	o Puedo concentrarme completamente cuando quiero con leve dificultad
o Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor	o Tengo justo grado o dificultad en la concentración cuando quiero
o Dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social además de limitar mis intereses más enérgicos (es decir, bailando, etc.).	o Tengo mucha dificultad en la concentración cuando quiero
o Dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo	o Tengo una gran dificultad en la concentración cuando quiero
o Dolor ha limitado mi vida social a mi casa	Sección 14 - trabajo
o No tengo ninguna vida social a causa del dolor	o Puedo hacer tanto trabajo como yo quiero
Sección 10 – viajando	o Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
o Puedo viajar a ningún lado sin dolor extra	o Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más
o Puedo viajar a ninguna parte, pero me da dolor extra	o No puedo hacer mi trabajo habitual
o El dolor es malo pero gestionar viajes durante 2 horas	o No puedo hacer ningún trabajo en absoluto
o Dolor restringe a viajes de menos de 1 hora	o No puedo hacer mi trabajo en todo
o Dolor restringe para cortos viajes necesarios menos de 30 minutos	Sección 15 – recreación
o Dolor restringe de viajar salvo que el médico u hospital	o Soy capaz de participar en todas las actividades recreativas sin dolor en absoluto
Sección 11 – lectura	o Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas con dolor
o Puedo leer tanto como quiero sin dolor	o Soy capaz de participar en actividades de la mayoría pero no todos rec debido al dolor
o Puedo leer tanto como te quiero con dolor leve	o Soy capaz de participar en algunas de mis actividades recreativas debido al dolor
o Puedo leer tanto como te quiero con dolor moderado	o Apenas puedo hacer cualquier actividades recreativas a causa del dolor
o No puedo leer tanto como quiero a causa de un dolor moderado	o No puedo hacer ninguna actividad recreativa en absoluto
o No puedo leer en absoluto debido a dolor severo.	
o No puedo leer nada	
Sección 12 – dolores de cabeza	
o No tengo en absoluto sin dolores	
o Tengo leves dolores de cabeza que vienen con poca frecuencia	Firma del paciente



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC

10915 SE Stark St, Portland, OR 97216

Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

**POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES 12 PREGUNTAS
(Exámenes)**

- ¿1. Su médico nunca te contó que tiene problemas cardíacos o pulmonares? SÍ NO
2. ¿Alguna vez tuviste alguna relacionados con problemas del corazón? SÍ NO
3. ¿Con frecuencia te sientes alguno relacionados con problemas del corazón? SÍ NO
4. ¿A menudo mareo o tiene episodios de mareos severos? SÍ NO
- ¿5. Su médico alguna vez te ha dicho que tiene presión arterial alta, o ha tenido presión arterial alta en el pasado, o están actualmente tomando algún medicamento para la presión arterial? SÍ NO
6. ¿Es usted consciente de cualquier hueso, vuelta o problemas en las articulaciones que pueden ser, o podrían ser agravadas por ejercen? (por ejemplo artritis, cirugía) SÍ NO
7. ¿Alguna vez tuvo un episodio de ejercicio inducidas por el asma, es decir, severo sibilancias, tos o dificultad respiratoria severa provocada por el ejercicio, o falta de aliento en reposo o con poco esfuerzo. SÍ NO
8. ¿Tienes alguna vez episodios de dificultosa o dificultad respiratoria durante la noche? SÍ NO
- ¿9. Le nunca han dicho su médico que usted tiene diabetes? SÍ NO
10. ¿Has olvidado la edad de 65 años y no participan en ningún ejercicio regular? SÍ NO
11. ¿Existe una buena razón no mencionada aquí ¿por qué usted no debería participar en ejercicio o rehabilitación incluso si querías? SÍ NO
12. ¿Estás embarazada? SÍ NO
- ¿Comentarios adicionales?
-
-

Cualquier respuesta "Sí" con respecto a problemas cardiovasculares, pulmonares o metabólicos no puede participar en cualquier prueba de aptitud o programa de ejercicios hasta un formulario de autorización médica completa y firmada por un médico.

Formulario de autorización médica

△ certifica que, a lo mejor de mi conocimiento, esta persona examinada no tiene ninguna contraindicación para participar en un programa de rehabilitación o adecuación guiado.

△ Yo te recomiendo las siguientes limitaciones o precauciones:

Firma del médico

fecha



Nombre: _____ Fecha: _____

Referido por: _____ Médico: _____

¿Ha sido tratado por un quiropráctico antes? S/N

Las siguientes preguntas ayudarán al médico evaluar sus necesidades. Por favor, complete los dos Lados y ser lo más precisa posible. Toda la información es confidencial

Edad: _____ Sexo: Masculino/femenino _____ Altura: _____ Peso: _____

Si no se lesiona, aproximadamente Cuándo ¿comenzó el dolor?

Ha sido tratadas por este mismo problema antes: Sí No

¿En caso afirmativo, quién tratado? _____ Cuando: _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____ Teléfono: _____

Por favor describa cómo empezaron sus síntomas: _____

PRINCIPALES QUEJAS:

- Dolores de cabeza Mareo Desorientación Rigidez
- Dolor de cuello Lumbalgia Dolor de espalda medio Espalda superior
- Músculos doloridos Manos/pies fríos Otros: _____
- Entumecimiento Hormigueo (en tu: **las manos o los pies**)

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Toma algún medicamento sobre una base regular? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor enumere con dosificación: _____

¿Ha tenido cirugía? SÍ No En caso afirmativo, por favor describa con fechas: _____

¿Tiene alguna discapacidad permanente? S/N

¿Tienes cualquier impedimentos físicos que le impidan trabajar o hacer las cosas que disfrutas? S/N

Por favor explique: _____

¿Usted nunca ha admitido en el hospital? S/N si sí, ¿por qué y Cuándo? _____

¿Has necesitado tratamiento en una sala de emergencias y no ha admitido? S/N, en caso afirmativo, qué era su condición. _____

¿Ha tenido alguna lesión que requirió el tratamiento de un profesional médico? S/N

Por favor explique: _____

¿Has alguna vez perdió el conocimiento? S/N ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Este fue el resultado de una lesión? S/N Por favor explique: _____

¿Tiene rayos x en los últimos 2 años? ¿S/N dónde? ____ ¿Qué parte del cuerpo? _____



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
 10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
 Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Si sientes que el doctor puede necesitar estar al tanto de cualquier otra cosa por favor explique: ____

SÍRVASE INDICAR SI USTED TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- Dolores de cabeza ○ Dolor de mano ○ Debilidad ○ Pérdida del sueño
- Dolor de cuello ○ Dolor de pierna ○ Desmayos ○ Pérdida del apetito
- Dolor en el pecho ○ Sudores fríos ○ Dolor de oídos ○ Afección cardíaca

¿ES USTED CAPAZ DE REALICE LO SIGUIENTE DESPUÉS DE SU DOLOR
COMENZARON? INDICADO por uso:
N – L normal – limitada, D – difícil, P – doloroso, U – no se puede realizar

- | | | |
|--|--|---|
| <p>____ Tos</p> <p>____ Estornudo</p> <p>____ Empujando</p> <p>____ Equilibrio</p> <p>____ Llegando a</p> <p>____ Otros:</p> | <p>____ Inclinándose hacia adelante</p> <p>____ De pie</p> <p>____ De rodillas</p> <p>____ Tirando</p> <p>____ Caminar</p> | <p>____ Vuelta (en cama)</p> <p>____ En estómago</p> <p>____ Acostado de espalda</p> <p>____ Actividad sexual</p> <p>____ Vestir a ti mismo</p> |
|--|--|---|
-



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Nuevo paciente consentimiento para el uso y la divulgación de información médica para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud

Yo, _____, entiendo que como parte de mi atención médica, medicina del deporte Gateway y rehabilitación PC, origina y mantiene el papel y los registros electrónicos que describe mi historial médico, los síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes para el futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que en realidad se prestaron servicios facturados, y
- Una herramienta para operaciones rutinarias de salud tales como la evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales sanitarios

Entiendo y han sido proporcionados con un *Aviso de prácticas de información* que proporciona una descripción más completa de información usos y divulgaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho de oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información médica puede ser usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC, no está obligado a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya ha actuar en dependencia al respecto. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como permitido por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además, entiendo que Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC, se reserva el derecho de cambiar su aviso y práctica y antes de su implementación, de conformidad con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. Debe Gateway deportes medicina y rehabilitación PC, cambiar su aviso, enviarán a la dirección que he proporcionado una copia de cualquier aviso modificado (si U.S. correo o, si estoy de acuerdo, por correo electrónico).

Me gustaría tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información médica:

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a tal revelación para estos usos, incluyendo declaraciones vía fax permitidos.

Comprender y aceptar los términos de esta autorización.

Nombre impreso de la paciente

firma del paciente

fecha

(Nombre en imprenta de paciente representante o tutor)

AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD PARA

Gateway Sports Medicine and Rehabilitation PC



10915 SE Stark St,
Portland, OR 97216
Teléfono: 503-261-1120
Fax: 503-261-8936

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DISCLOSED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En medicina deportiva Gateway y rehabilitación clínica PC, estamos comprometidos a tratar y utilizar información protegida de salud acerca de usted de manera responsable. Este aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recogemos, y cómo y cuándo usar o divulgar esa información. Esta información médica protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Entendiendo su información de salud

Cada vez que visite Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC, un registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para la futura atención o tratamiento. Esta información; registro a menudo se refiere como su salud o médico, sirve como a:

- Base de la planificación de su cuidado y tratamiento,
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado;
- Documento legal que describe el cuidado que usted recibió,
- Medio por el cual usted o un tercero pagador puede verificar que en realidad se prestaron servicios facturados,
- Una herramienta para educar a profesionales de la salud
- Una fuente de datos para la investigación médica,
- Una fuente de información de funcionarios de salud pública encargado de mejorar la salud de este estado y la nación,
- Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing,
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y logramos los resultados,

Entender lo que está en su registro y cómo se utiliza su información de salud ayuda a: garantizar su exactitud, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros

Derechos de su información de salud

Aunque su expediente médico es la propiedad física de medicina deportiva de Gateway y rehabilitación PC, la información le pertenece. Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia en papel de este aviso de prácticas de información a petición,
- Inspeccionar y copiar su expediente médico como previsto en 45 CFR 164.524,
- Modificar su expediente médico como previsto en 45 CFR 164.528,
- Obtener un informe de divulgaciones de su información médica como previsto en 45 CFR 164.528,
- Pedir comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos,
- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información como previsto en 45 CFR 164.522, y
- Revocar su autorización para usar o divulgar su información médica excepto en la medida en que ya se han tomado medidas.

Nuestras responsabilidades

Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC es necesaria para:

- Mantener la privacidad de su información médica,
- Proporcionarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted,
- Acatar los términos de este aviso,
- Notificarle si somos incapaces de aceptar una restricción solicitada, y
- Acomodar las solicitudes razonables que tenga que comunicar información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas y de establecer las nuevas disposiciones efectivas para todos protegidos información médica que mantenemos. Deberían cambiar nuestras prácticas de información, enviaremos un aviso revisado a la dirección nos has suministrado, o si estás de acuerdo, le enviaremos el aviso revisado para ti.

No utilizar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en esta notificación. También interrumpirá para usar o divulgar su información médica después de que hemos recibido una revocación de la autorización de conformidad con los procedimientos incluidos en la autorización escrita.

Para más información o para reportar un problema

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con Privacy Officer de la práctica, Tami Gorman en el 503-261-1120.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con la oficina de privacidad de la práctica o con la oficina de derechos civiles, Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos. No habrá ninguna represalia para llenar una queja con la oficina de privacidad o con la oficina de derechos civiles. La dirección para el OCR se enumera a continuación:

Oficina de derechos civiles

Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos
200 Independencia Avenue, SW
Sala 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud

Utilizaremos su información médica para tratamiento.

Por ejemplo: Información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica serán registrados en su expediente y utilizada para determinar el curso del tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su expediente su o sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrarán las acciones que se llevaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento.

También proporcionaremos a su médico o un proveedor de atención médica posterior con copias de varios reportes que deberían ayudar a él o ella a tratarle una vez quedas despedido del hospital.

Utilizaremos su información de salud para el pago

Por ejemplo: A bill puede enviarse a usted o a un tercero pagador. La información sobre o acompañando la factura puede incluir información que identifica a usted, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Utilizaremos su información médica para operaciones de salud regulares.

Por ejemplo: Equipo de miembros del personal médico, riesgo o gerente de mejora de calidad, o miembros de la

mejora de la calidad puede usar información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros como él. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad de y efectividad de la atención médica y el servicio que ofrecemos.

Socios: Hay algunos servicios prestados en nuestra organización a través de contactos con socios de negocios. Ejemplos incluyen servicios médicos en el servicio de urgencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copia que utilizamos al realizar copias de su expediente médico. Cuando estos servicios son contratados, podemos divulgar su información médica a nuestro socio de negocios que pueden realizar el trabajo que hemos pedido hacer a la cuenta usted o su tercero pagador por los servicios prestados. Para proteger su información de salud, sin embargo, requerimos el negocio asociado a adecuadamente para proteger su información.

Directorio: a menos que usted nos notifique objeto, utilizaremos su nombre, ubicación en el centro, estado general y afiliación religiosa para los propósitos de directorio. Esta información puede ser proporcionada a los miembros del clero y, a excepción de la afiliación religiosa, a otras personas que te piden por su nombre.

Notificación: Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a cualquier representante personal de miembro de la familia o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia : Profesionales de la salud, usando su mejor juicio, pueden revelar a miembro de la familia, otro pariente, cercano amigo personal o cualquier otra persona que identifique, información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su atención. **Research:** Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha examinado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Director de la funeraria: Podemos divulgar información de salud a directores de funerarias consistentes con las leyes aplicables para llevar a cabo sus deberes.

Organizaciones de adquisición de órganos: En concordancia con las leyes aplicables, podemos divulgar información médica a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades

dedicadas a la contratación, bancarios o trasplantes de órganos con fines de trasplante y donación de tejidos.

Marketing: Podremos contactarlo para proporcionar recordatorios de la cita o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

Recaudación: Podremos contactarlo como parte del esfuerzo de recaudación de fondos.

Food and Drug Administration (FDA): Podemos divulgar la información de salud por la FDA en relación con los eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos en el producto, o puesto de vigilancia información para activar producto de marketing, recuerda, reparaciones o reemplazo de.

Compensación: Podemos divulgar información de salud en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Salud pública: Requerimiento por ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.

Law enforcement: Podemos divulgar información médica para fines de cumplimiento de la ley como requerido por ley o en respuesta a una citación válida.

Ley Federal prevé su información médica a una agencia de supervisión de salud apropiados, autoridad de salud pública o fiscal, siempre que un miembro de la fuerza de trabajo o negocio asociado cree de buena fe que han participado en conducta ilegal o de lo contrario han violado las normas profesionales o clínicas y potencialmente ponen en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.