

Virginia Women's Health Associates

Obstetrics and Gynecology

Medical History Data Base

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento/Edad: _____

Razon de su visita: _____

1. ALERGIAS:									
<i>Por favor, enumere cualquier alergia a los medicamentos y sus reacciones:</i>									
Medicamento		Reaccion		Medicamento		Reaccion			
2. MEDICACIONES:									
<i>Por favor, enumere cualquier medicamento y las dosis que está tomando ahora:</i>									
Medicamento		Dosis	Medicamento			Dosis			
Historial Medico									
<i>Por favor marque todos los que apliquen:</i>									
<i>¿Está bajo el cuidado de un médico? Si or No</i>									
Si		No	Si		No	Si		No	
Presión Alta		☐	☐		Infecciones de orina	☐	☐	Epilepsia	
Diabetes Mellitus		☐	☐		Enfermedad de Gallblader	☐	☐	Hepatitis ☐	
la neumonia		☐	☐		Migrañas	☐	☐	SIDA/VIH ☐	
Fiebre reumática		☐	☐		Problemas de la tiroides	☐	☐	Asma ☐	
La Tuberculosis		☐	☐		Tromboflebitis	☐	☐	Cancer ☐	
la embolia pulmonar		☐	☐		Problemas cardíacos / soplos	☐	☐	Ansiedad ☐	
la depresión		☐	☐		ADD/ADHD	☐	☐	☐	
<i>Mencione Otros (especificar) :</i>									
		Fecha	Resultados						
Última prueba de Papanicolaou			☐ Normal			☐ Anormal			
Última prueba de densidad ósea			☐ Normal			☐ Osteopenia			☐ Osteoporosis
Colonoscopia			☐ Normal			☐ Anormal			
¿Examinas tus senos regularmente?		☐ Si	☐ No		¿Fecha de tu última mamografía?				
¿Alguna vez te has hecho una mamografía?		☐ Si	☐ No						
4. HISTORIA QUIRURGICA									
Operación		año	ubicación		Hallazgos / complicaciones / transfusiones:				
5. FACTORES SOCIALES									
Consumo tabaco?		☐	☐			Ocupación: _____			
Consumo Alcol?		☐	☐			Estado civil: _____			
Drogas callejeras / recreativas		☐	☐			Programa de ejercicio: _____			

6. HISTORIA FAMILIA:

Enumere cualquier enfermedad que tengan sus padres, hermanos, hijos o abuelos:

Enfermedad	Madre	Padre	Hermano	Hijo	(Abuelo Materno)	(Abuela Materna)	(Abuelo Paterno)	(Abuela Paterna)
la hipertensión								
Infarto								
Diabetes Mellitus								
Cancer (especificar)								
Cancer de mama								
Gemelos								
Mencione Otros:								

7. HISTORIA MENSTRUAL:

Frecuencia (número de días entre períodos):

Duración:

Cantidad? ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Fuerte

Dismenorrea (dolores menstruales):

Sangrado anormal?:

Último período menstrual normal:

8. HISTORIA OBSTETRICA (por favor incluya todos los embarazos y abortos)

Tipo de parto	Nombre	Sexo	Peso	Embarazada	Complicaciones

9. Historia ginecologica

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

Verrugas genitales/VPH	☐	Infeccion de trompas de falopio	☐	Estreptococo B	☐
Biopsia de cono	☐	Criocirugía (Congelación)	☐	Cauterización	☐
Cirugía laser	☐	Gonorrea	☐	Exposición al dietilestilbestrol	☐
Clamidia	☐	Endometriosis	☐	La Sífilis	☐
flujo vaginal anormal	☐	SIDA	☐	Quistes en los ovarios	☐
Tricomonas	☐	Papanicolaou anormal	☐	Gardnerella	☐
Colposcopia	☐	Herpes	☐	dilatación y legrado	☐

Mencione Otros:

10. HISTORIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Metodos	Fecha	Complicaciones
Planificación familiar natural		
Pastillas anticonceptivas		
Diafragma, espuma, gelatina, crema.		
Inyecciones Depo		
Parche		
Anillo vaginal		
Dispositivo intrauterino (DIU)		
Condomes		
Ligadura de trompas, vasectomía		

DEMOGRAFICAS

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)		ESTADO CIVIL (indique con un círculo) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a		ESTUDIANTE (indique con un círculo) No A tiempo complete A tiempo parcial
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL
TELEFONO DOMICILIO (incluya código del área)		TELEFONO TRABAJO		TELEFONO CELULAR
RAZA (indique con un círculo) Blanca Negra/Afroamericana Asiático Hawaii/Islas del Pacifico Otraza Indioamericano/Nativo de Alaska		ETNIA (indique con un círculo) Hispano o latino No hispano o latino Desconocida		IDIOMA PREFERIDO Inglés Español U Otro: _____
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEO		TELEFONO DEL EMPLEADOR
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	DIRECCION ELECTRONICA		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO PARA MENSAJES DE SU CITA (por favor marque uno)				
MENSAJE DE TEXTO		EMAIL	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE SU CASA

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO (escoja por lo menos una, con un círculo) Contacto de emergencia Pariente más cercano Asegurado Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO	NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE	SEXO	ESTADO CIVIL	
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO	
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO	POSICION O TITULO		

Si no se incluye información sobre el garante, se presumirá que el paciente es el responsable de pagar la cuenta.

CONTACTO (escoja por lo menos una, con un círculo) Contacto de emergencia Pariente más cercano Asegurado Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO	NOMBRE	INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE	SEXO	ESTADO CIVIL
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO	POSICION O TITULO	

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

SIGUE

NUMERO DE LA POLIZA		ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) Salud Automóvil Indemnización por accidente Otro		SEGURO PRIMARIO Si No	FECHA CADUCIDAD MONTO DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN		DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
NOMBRE DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO		MEDICO PRIMARIO	
TELEFONO			

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA		ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) Salud Automóvil Indemnización por accidente Otro		SEGURO PRIMARIO Si No	FECHA CADUCIDAD TIPO (escoja solo uno) Salud Automóvil Indemnización por accidente Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN		DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
NOMBRE DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
		TELEFONO	

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se re-envíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mi o a un pagador tercero, organización de mantenimiento de salud, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados.

Nombre en letras de molde

Firma

Fecha

NOTICE OF DEEMED CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B OR C TESTING

LMG is required by § 32.1-45.1 of the Code of Virginia (1950), as amended, to give you the following notice:

1. If any LMG health care professional, worker or employee should be directly exposed to your blood or body fluids in a way that may transmit disease, your blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you the result of the test. Under Va. Code § 32.1-45.1(A), you are deemed to have consented to the release of the test results to the person exposed.
2. If you should be directly exposed to blood or body fluids of a LMG health care professional, worker or employee in a way that may transmit disease, that person's blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you and that person the result of the test.

I understand that this consent will remain in effect as long as my dependent or I receive care from LMG or until I withdraw it

Signature of Patient, Parent/Legal Guardian, or Person Acting in Loco Parentis

Date

Relationship (if signature is not of Patient)
Signature of Person Obtaining Consent

LOUDOUN MEDICAL GROUP
Constancia de Recibo del Aviso sobre Normas de Privacidad

Nombre del paciente

He recibido copia de las Normas de Privacidad del Loudoun Medical Group y comprendo que estas describen la forma en que mi información médica (o la del paciente que represento) puede ser utilizada y cómo se puede obtener el acceso a esta información. También se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre la información cubierta en el Aviso.

Firma

Fecha: _____

Parentesco con el paciente (si el formulario de constancia es firmado por alguien que no sea el paciente)

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

I attempted to obtain the patient's/representative's signature in acknowledgement of this Receipt of Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date	Staff Initials	Reason
		Refused to sign (circle if applicable)
		Other:



Preferencias de Comunicación del Paciente, Regla de Privacidad de HIPAA y Consentimiento

En un esfuerzo continuo por brindar un mejor servicio a nuestros pacientes, hemos desarrollado un nuevo proceso de comunicación y le pedimos que indique sus preferencias a continuación. Estas preferencias se utilizarán para confirmaciones de aplicación automatizadas, notificaciones de resultados de laboratorio NORMALES, recordatorios de mantenimiento de la salud, alertas de inclemencias del tiempo y otras notificaciones.

- ☐ Prefiero notificaciones por **MENSAJES DE TEXTO** al numero: _____ - _____ - _____
O
- ☐ Prefiero notificaciones por **LLAMADAS** al numero: _____ - _____ - _____

NOTA: La regla de privacidad de la HIPAA permite a los proveedores comunicarse con los pacientes con respecto a su atención médica por correo y teléfono. Además, la regla de privacidad de HIPAA permite a los proveedores dejar mensajes para los pacientes en sus contestadores automáticos sobre su atención médica. Si NO desea recibir mensajes de voz con información médica privada, indíquelo a continuación

- ☐ **NO QUIERO** que **VWHA** deje mensajes con mi informacion personal medica,inluyendo resultados de laboratio.
- ❖ Correo electronico: _____ (Para el portal del paciente)

Como paciente, entiendo que si mis números de teléfono cambian, es mi responsabilidad actualizar la información de contacto con el consultorio de mi médico.

Firma del Paciente: _____

Nombre Del Paciente: _____

Fecha: _____



Camilla C. Hersh, M.D.

Mary Jo Frickel, FNP-BC

Grace Artrip, WHNP-BC

**1800 Town Center Drive
Suite 220
Reston, VA 20176
Phone: 703-435-2555 Fax: 571-926-8910**

Yo, _____ Doy permiso a Virginia Women's Health Associates para usar o divulgar mi información médica personal a las siguientes persona(s):

Nombre: _____

Relación con la paciente: _____

- ☐ _____ Al firmar aquí, autorizo que toda mi información médica personal sea compartida con las personas mencionadas anteriormente.
- ☐ _____ Al firmar aquí, autorizo que mi información médica personal sea compartida con las personas mencionadas anteriormente con los siguientes límites:

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido la autorización del personal de VWHA para compartir toda o limitada información médica personal con las personas mencionadas anteriormente. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento solicitando completar un formulario de revocación que VWHA proporcionará a pedido. Entiendo que dicha revocación entrará en vigencia en la fecha en que complete el formulario de solicitud y no tendrá ningún efecto sobre los usos o divulgaciones realizados antes de esa fecha. **ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ SOLO DESPUÉS DE QUE COMPLETE UN FORMULARIO DE REVOCACIÓN.**

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer y comprender el contenido de este formulario de autorización y mi firma confirma que este formulario de autorización refleja fielmente mis deseos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



LOUDOUN MEDICAL GROUP PC

CONSENT TO PARTICIPATE IN TELEMEDICINE

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Physician Name: _____ Facility Name: **Virginia Women's Health Assoc**

I understand that telemedicine is the use of electronic information and communication technology by a health care provider to deliver services to an individual when he/she is located at a different site than the provider. I understand my health care provider will determine whether or not the condition being diagnosed and/or treated is appropriate for a telemedicine encounter. I understand I can choose to stop telemedicine consult at any time.

I understand that:

- My health care professional and I will communicate by interactive video conferencing using a telehealth platform.
- My health care professional will have access to all the clinical tools available at a regular office visit. (e.g. prescription refills, appointment scheduling, patient education etc.)
- The Telehealth platform may ask for vital signs. I understand I will enter height in feet and inches, weight in pounds, blood pressure, temperature, and pulse rate.
- There are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access and technical difficulties.
- My healthcare information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes.
- The laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also applies to telemedicine. As always, your insurance carrier will have access to your medical records for quality review/audit.

By signing this form, I certify:

- That I have read or had this form read and/or had this form explained to me.
- That I fully understand its contents including the risks and benefits of the procedure(s).
- That I have been given ample opportunity to ask questions and that any questions have been answered to my satisfaction.

Patient's/parent/guardian signature

Date

LOUDOUN MEDICAL GROUP PC
AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR
Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALO
DETENIDAMENTE**

Si tiene alguna pregunta o comentario sobre este Aviso por favor contacte al:

Loudoun Medical Group, PC
224-D Cornwall St. N.W., Suite 403
Leesburg, VA 20176

La persona encargada es: Clara McAuley Nussbaum, Director of Compliance, 703-737-6010

¿A quién afecta este aviso?

El Loudoun Medical Group, PC ("LMG"), es el autor de este Aviso que se aplica a todo el que trabaje para el LMG incluyendo nuestros empleados, contratistas y voluntarios.

¿Por qué publicamos este Aviso?

LMG entiende que la información sobre usted y su salud es personal y delicada. Por ley estamos obligados a mantener en privado la información que recopilamos y usamos sobre nuestros pacientes, a la vez que suministrarles avisos de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a esta información. Estamos obligados a notificar a los afectados de cualquier violación sobre información privilegiada relativa a su salud.

Si bien estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información sobre nuestros pacientes, para poder servirles necesitamos recopilar, mantener y utilizar registros de esta información. A veces también tenemos que compartir esta información con otros. Este Aviso tiene como finalidad informarle cómo usamos y divulgamos esta información.

Este Aviso también es para informarle de ciertos derechos legales que usted tiene sobre la información que nosotros guardamos.

Usted tiene ciertos derechos para y

solicitar copias de nuestros registros sobre su persona. También puede solicitar que corrijamos estos registros y pedirnos explicaciones sobre información que hayamos divulgado sobre usted. Las solicitudes para hacer correcciones y explicaciones deberán hacerse por escrito a la Oficial de Privacidad cuyo nombre aparece arriba.

¿Cuándo entra en vigor este Aviso?

Estamos en la obligación de cumplir con los términos de este Aviso mientras esté en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y aplicar los nuevos términos a toda la información a la que se aplique este Aviso. Este Aviso estará en vigor de _____ hasta la fecha en que publiquemos un Aviso modificado. En caso de que publiquemos o modifiquemos este Aviso, le informaremos de ellos en su próxima visita. Publicaremos también el Aviso modificado en nuestras oficinas y en nuestra página web si la hubiere.

¿Qué información abarca este Aviso?

Este Aviso abarca toda la información en nuestros registros en papel o electrónicos que tengan que ver con usted, sus cuidados médicos y el pago por sus cuidados médicos. Abarca también información que pudiéramos haber compartido con otra organizaciones que nos hayan ayudado en proporcionarle cuidados o que hayan sido remuneradas por proporcionar cuidados o realizado

actividades administrativas.

¿Cuándo podemos usar o divulgar esta información sobre usted?

- **Tratamiento.** Podemos utilizar o divulgar información sobre usted para fines de tratamiento, con médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otros individuos que trabajen en nuestra clínica y estén involucrados en proporcionarle cuidados médicos. También podemos divulgar información sobre usted a organizaciones o individuos involucrados en cuidados para usted que no formen parte de nuestra clínica, como médicos especialistas, laboratorios, trabajadores sociales y demás.

Por ejemplo, si nosotros lo referimos a otro médico u hospital para cuidados especializados, le proporcionaremos a ese médico u hospital toda la información clínica que fuera necesaria o útil para que ellos le proporcionen los cuidados adecuados. O si tenemos que enviar una muestra de su sangre a un laboratorio para análisis, le proporcionaremos al laboratorio la información que necesitan para que puedan hacer las pruebas correctas.

Estos son solo ejemplos, pero pudiéramos utilizar o compartir información sobre usted para proporcionarle otros tratamientos adecuados.

- **Pagos.** Nosotros podremos usar o

compartir información sobre usted, para efectos de pagos, con nuestro personal de contabilidad encargado de cuentas y cobros. También podremos divulgar información tanto a su plan de salud como a cualquiera que tenga responsabilidad financiera de sus cuidados, reclamos o cobros.

Por ejemplo, si usted está cubierto por un plan de salud, nosotros no podemos ser reembolsados por los servicios que le proporcionamos salvo que presentemos esa información en el reclamo. Esto pudiera incluir información clínica detallada, dependiendo del tipo de plan y reclamo. Esto es solo un ejemplo, pero pudiera haber otras formas en que nosotros pudiéramos usar o divulgar información sobre usted en conexión con pagos por cuidados.

- **Operaciones en el área de salud.** Podremos usar o divulgar información sobre usted en operaciones en conexión con nuestra práctica médica. Estas actividades pudieran incluir mejoras en la calidad de servicios médicos, capacitación de estudiantes de medicina, seguros, reaseguros, revisión médica o legal y planificación administrativa de nuestra práctica médica.

Por ejemplo, pudiéramos repasar la calidad de los cuidados que usted reciba para poder ofrecerle los mejores cuidados posibles. O pudiéramos auditar nuestros procesos administrativos para mejorar nuestra eficiencia. Estos son solo ejemplos y pudiera haber otros casos en que usemos o compartamos información sobre usted para efectos de sus cuidados en muchas otras áreas.

También podremos usar y compartir información sobre usted en las siguientes situaciones, sin su autorización previa:

- A una institución de salud pública con fines de controlar alguna enfermedad.

- En caso de sospechas de abuso infantil, a las autoridades públicas.
- En otros casos en que se sospeche abuso, negligencia o violencia doméstica, se podrá informar a la autoridad pública pertinente con su autorización o en caso de que usted esté incapacitado, como lo prescribe la ley, para evitarle daños a usted u otros.
- Salvo que usted se oponga, notificar a familiares o amigos que estén involucrados en sus cuidados médicos.
- Salvo que usted se oponga, notificar o al menos asistir en la notificación a algún familiar o amigo de su ubicación y condición.
- A la autoridad supervisora del sistema de salud para fines reguladores, para otorgar licencias y otros fines legales.
- En litigio y procesos legales, sujeto a ciertos requisitos que rigen las condiciones de la divulgación.
- A agencias del orden público, sujeto a requisitos legales y limitaciones que apliquen.
- Podemos divulgar información médica hasta el grado que se autorice y hasta el grado necesario para cumplir con las leyes sobre indemnización por riesgos de trabajo y otros programas similares que establezca la ley.
- A funerarias o médicos forenses en caso de su muerte.
- Cuando la ley federal, estatal o local lo estipule.
- Para investigaciones médicas, sujeto a su autorización y aprobación o autorizado por una junta institucional o de privacidad.

- Si usted pertenece a las fuerzas armadas de los EE.UU., servicios de seguridad nacional, inteligencia o servicio exterior, a sus superiores autorizados u otros funcionarios federales.

Podemos contactarlo para que proporcione información sobre sus cuidados médicos, incluyendo recordatorio de citas, información sobre tratamientos alternos y servicios médicos relacionados que pudieran interesarle. De rutina nos ponemos en contacto con paciente por vía telefónica, en su domicilio o trabajo y, salvo que usted solicite que no se haga, dejaremos mensajes en su contestador en lo que respecta a sus citas. *Por favor déjenos saber si usted prefiere no recibir tal tipo de mensajes* y nosotros no usaremos o divulgaremos esta información. Si usted no quiere recibir este tipo de comunicación, necesita informar de esto a la oficial de privacidad, por escrito, a la dirección de arriba.

En la mayoría de los casos en que se usen o proporcionen apuntes sobre su psicoterapia o que se use o divulgue su información con fines de mercadeo, se necesitará su autorización escrita. Y además, generalmente se le exigirá a LMG que obtenga su autorización escrita para vender su información. Salvo en los casos que se estipulan en este aviso, nosotros no podremos usar o compartir información sobre usted para nada más sin que usted lo haya autorizado por escrito.

¿Qué derechos legales tiene usted en conexión con su información?

- Derecho a corregir y copiar. Usted tiene el derecho de revisar u obtener copias de su información médica. Para revisar y copiar su información médica, usted tiene que solicitarlo por escrito a la Oficial de Privacidad en la dirección de arriba. Si usted solicita una copia de la información, se le cobrará dependiendo de nuestros gastos para proporcionársela.

Nosotros podemos denegar su solicitud para corregir y copiar cuando se trate de circunstancias limitadas. Si a usted se le niega acceso a información médica, puede solicitar que esta negación sea repasada por otro profesional médico con licencia. Nosotros respetaremos su decisión.

- Derecho a corregir. Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted está incorrecta o incompleta, puede solicitar que se corrija. Usted tiene el derecho de solicitar tal corrección durante todo el tiempo que mantengamos dicha información.

Para solicitar una corrección, lo tiene que hacer por escrito a la Oficial de Privacidad en la dirección de arriba. Tiene además que dar una razón que respalde su solicitud.

Nosotros podemos denegar su solicitud de corrección si no lo hace por escrito o si no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si usted nos solicita que corrijamos información que:

- No se originó con nosotros, salvo que la persona o entidad que originó la información ya no está disponible para hacer el cambio
- No sea parte de la información médica que guarda o le guarden a LMG.
- No sea parte de la información que se le permitiría a usted corregir o copiar; o
- Sea precisa y completa.

Se le informará de la decisión sobre su solicitud para corregir su información médica y, si denegamos su solicitud, le suministraremos información sobre su derecho a responder a esa decisión.

- Derecho a un informe de divulgaciones realizadas. Usted tiene derecho a solicitar un informe de lo que hayamos divulgado sobre su información médica. Este informe por lo general no contiene lo que hayamos divulgado sobre su información médica, pagos u operaciones para sus cuidados médicos que se hayan realizado con su autorización específica.

Para solicitar esta lista o informe, usted tiene que hacerlo por escrito a la Oficial de Privacidad, a la dirección de arriba. Su solicitud debe especificar el período de tiempo que quiere que abarque el informe (y este no puede ser más de 6 años que antecedan la solicitud).

- Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre la información médica que nosotros usemos o divulguemos sobre su tratamiento, pagos, u operaciones médicas. También tiene el derecho de solicitar que se limite la información médica que divulguemos sobre usted a cualquiera que esté involucrado en sus cuidados médicos o pague esos cuidados, como un amigo o pariente. Por ejemplo, usted puede solicitar que no revelemos una operación que se le haya hecho.

Nosotros no estamos obligados a obedecer una restricción que se nos solicite salvo que (i) usted solicite que no divulguemos información a un plan de salud para el pago u operaciones de salud de dicho plan, y (ii) la información se refiera únicamente a un punto o servicio por el que usted u otra persona sin relación con el plan haya ya cancelado en su totalidad. De acceder nosotros a la restricción solicitada, cumpliremos su solicitud salvo que la información se necesite para proporcionarle cuidados de emergencia. Además, aun en casos en que no accedamos a una restricción solicitada, información médica sobre us-

ted solo será compartida con familiares o amigos en casos de que, a nuestro juicio profesional, creamos que es por su propio bien que se debe compartir dicha información. No obstante, bajo esas circunstancias, de ser posible, a usted le será dada la oportunidad de objetar a dicha divulgación.

Para solicitar restricciones, usted lo debe hacer por escrito a la Oficial de Privacidad arriba mencionada.

- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos, de cierta forma y en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que solo lo contactemos en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales lo tiene que hacer por escrito a la Oficial de Privacidad arriba mencionada. Su solicitud debe estipular cómo y dónde prefiere que se le contacte.

- Derecho a copias en papel de este Aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia en el cualquier momento. Aun si usted ha accedido a recibir copia electrónica, conserva el derecho a solicitar una copia en papel.
- Quejas. Si usted cree que su privacidad ha sido violada, puede presentar una queja a LMG o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con LMG, contacte a la Oficial de Privacidad al teléfono y dirección de arriba. Todas las quejas al Departamento de Salud y Servicios Humanos deberán presentarse por escrito. No habrá repercusiones por parte nuestra si usted presenta una queja.