

## KORT Spanish Forms Packet

On the following pages you will find a number of forms. The KORT forms will match your existing KORT forms that are in English. Some of the forms don't match our KORT forms because they came from one of our sister companies within Select.

The forms are nearly identical to our KORT forms except the patient information form... that one is moderately different but it will allow a Spanish-only patient to complete a form and for you to know what information is where..... These forms may not be the most recent version of all the forms but are a close match to those forms. Questions? Give Andrea a call at 502-244-6770 Ext. 105.



<p><b>NOMBRE DEL PACIENTE</b> (apellido y nombres) _____</p> <p>DIRECCIÓN PRINCIPAL _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____</p> <p><b>TEL. PARTICULAR</b> _____ <b>TEL. LABORAL</b> _____</p> <p>DIRECCIÓN ALTERNATIVA _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____</p> <p>TEL. PARTICULAR _____ TEL. ALTERNATIVO _____</p> <p>RESPONSABLE DE MENORES DE EDAD _____</p> <p>CONTACTO PARA EMERGENCIAS _____ TEL. _____</p> <p>VÍNCULO CON EL PACIENTE: _____</p> <p>¿RECIBIÓ ANTERIORMENTE TERAPIA FÍSICA/OCUPACIONAL O DEL HABLA EN EL ÚLTIMO AÑO? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE DÓNDE: _____</p> <p>¿CÓMO NOS CONOCIÓ? _____</p>	<p><b>ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b> _____</p> <p><b>FECHA DE NAC.</b> ____/____/____</p> <p>EDAD _____ SEXO M / F</p> <p>ESTADO CIVIL (MARQUE CON UN CÍRCULO) S C D V SEP</p> <p><b>FECHA DE LA LESIÓN/APARICIÓN</b></p> <p>1) ____/____/____</p> <p>2) ____/____/____</p> <p>PRIMERA VISITA ____/____/____</p>
--	---

<p>NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ TELÉFONO _____</p> <p>DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR _____</p>	
--	--

<p><b>MÉDICO QUE REFIERE AL PACIENTE</b> _____ MÉDICO QUIROPRÁCTICO ENFERMERO/A</p> <p>GRUPO DE MÉDICOS (SI ES SU CASO) _____</p> <p>DIRECCIÓN _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____</p> <p>TELÉFONO _____ FAX _____ NÚM. DE IDENTIF.ÚNICO DEL MÉDICO _____</p> <p>SI CORRESPONDIERA:</p> <p><b>MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b> _____ MÉDICO QUIROPRÁCTICO ENFERMERO/A</p> <p>DIRECCIÓN _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____</p> <p>TELÉFONO _____ FAX _____ NÚM. DE IDENTIF.ÚNICO DEL MÉDICO _____</p>	
--	--

<p><b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:</b> _____ <b>CÓDIGO ICD9</b> _____</p> <p><b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:</b> _____ <b>CÓDIGO ICD9</b> _____</p>	
--	--

<p><b>TIPO DE SEGURO PRINCIPAL:</b> (MARQUE CON UN CÍRCULO O INDIQUE EN LETRAS OTRO NOMBRE)          PRIVADO MEDICARE AT. MED. ADMINISTRADA INDEMN. LABORAL AUTO CUENTA PROPIA LITIGIO          OTROS: _____ CONSULTAR LA FORMA DE VERIFICACIÓN DE SEGURO</p>
---

El suministro de la siguiente información es voluntario y no afectará los servicios terapéuticos que se le brinden en modo alguno. En cumplimiento de los requerimientos gubernamentales federales de la Oficina de Derechos Civiles, le solicitamos tenga a bien completar esta información para ayudar con la recopilación de datos, a fin de poder cumplir con nuestras obligaciones de derecho civil.

Sexo  M  F Nacionalidad de origen: \_\_\_\_\_ Raza/Grupo étnico:  Negra  Blanca  Hispana  Asiática/Pacífica  India americana  Otra

Discapacidad: (Marque todos los que corresponda)  Discapacitado auditivo  Discapacitado visual  Discapacitado del habla  Discapacitado físico

Afección médica: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_



**PATIENT INFORMATION SHEET**

**PLEASE PRINT**

ACCT#: \_\_\_\_\_

CLINIC: \_\_\_\_\_

PT     OT     ST

<p><b>PATIENT NAME</b> (Last, First, MI) _____</p> <p>PRIMARY ADDRESS _____</p> <p>CITY _____ ST _____ ZIP _____</p> <p><b>HOME PH</b> _____ <b>WORK PH</b> _____</p> <p>SECONDARY ADDRESS _____</p> <p>CITY _____ ST _____ ZIP _____</p> <p>HOME PH _____ ALT PH _____</p> <p>RESPONSIBLE PARTY IF MINOR _____</p> <p>EMERGENCY CONTACT _____ PHONE _____</p> <p>RELATIONSHIP TO PATIENT: _____</p> <p>HAVE YOU PREVIOUSLY RECEIVED PHYSICAL THERAPY/OCCUPATIONAL THERAPY/SPEECH THERAPY IN THE LAST YEAR? IF YES, WHERE? _____</p> <p><b>HOW DID YOU HEAR ABOUT US?</b> _____</p>	<p><b>SSN</b> _____ - _____ - _____</p> <p><b>BIRTHDATE</b> ____ / ____ / ____</p> <p>AGE _____ SEX M / F</p> <p>MARITAL STATUS (CIRCLE ONE) S   M   D   W   SEP</p> <p><b>DATE OF INJURY/ONSET</b></p> <p>1) ____ / ____ / ____</p> <p>2) ____ / ____ / ____</p> <p>FIRST VISIT ____ / ____ / ____</p>
---	---

EMPLOYER NAME: \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

EMPLOYER FULL ADDRESS \_\_\_\_\_

**REFERRING PHYSICIAN** \_\_\_\_\_ MD DO DC NP

PHYSICIAN GROUP (IF APPLICABLE) \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

PHONE \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ UPIN \_\_\_\_\_

IF APPLICABLE:

**PRIMARY CARE PHYSICIAN** \_\_\_\_\_ MD DO DC NP

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

PHONE \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ UPIN \_\_\_\_\_

**PRIMARY DIAGNOSIS:** \_\_\_\_\_ ICD9 CODE \_\_\_\_\_

**SECONDARY DIAGNOSIS:** \_\_\_\_\_ ICD9 CODE \_\_\_\_\_

**PRIMARY INSURANCE TYPE:** (CIRCLE ONE OR WRITE IN IF OTHER)

PRIVATE    MEDICARE    MANAGED CARE    WORKERS' COMP    AUTO    SELF PAY    LITIGATION

OTHER: \_\_\_\_\_ SEE INSURANCE VERIFICATION FORM

Completion of the following information is voluntary and will not affect your therapy services in any way. In compliance with federal government requirements of the Office of Civil Rights, we ask you to complete this information to assist with the collection of data for our civil rights compliance.

Sex  M  F    Nation of Origin: \_\_\_\_\_    Race/Ethnic Group:  Black  White  Hispanic  Asian/Pacific Islander  Native American  Other

Disability: (Check all that apply)    Hearing impaired Vision impaired Speech impaired Mobility impaired

Medical condition: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS, GRÁFICO DE DOLENCIAS EN EL CUERPO Y CONTROL DE ACTIVIDADES COTIDIANAS

Diagnóstico informado a usted por su médico: \_\_\_\_\_ Fecha de aparición: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el motivo de la lesión/empeoramiento? \_\_\_\_\_

 ¿Fue hospitalizado por su actual dolencia?  Sí  No Si respondió que sí, indique la fecha: \_\_\_\_\_

 ¿Fue intervenido quirúrgicamente por su actual dolencia?  Sí  No Si respondió que sí, indique la fecha: \_\_\_\_\_

 ¿Recibió algún tratamiento médico previo por su dolencia?  Sí  No Si respondió que sí, indique la fecha: \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, proporcione una breve explicación: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente, o recibió en los últimos 30 días, algún otro servicio de salud, médico o quiropráctico a domicilio prestado por otra persona, entidad u organización? Si respondió que sí, proporcione una breve explicación: \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente medicamentos? ¿Cuáles? (puede utilizar el reverso de la hoja) \_\_\_\_\_

 ¿Alguna vez fue sometido a estas pruebas de diagnóstico?  EMG  TAC  MIELOGRAFÍA  IRM  RAYOS X

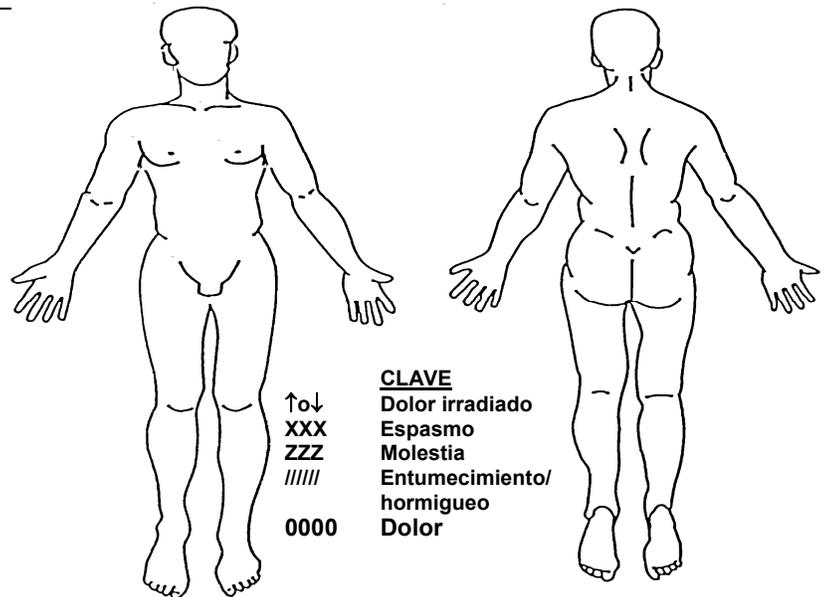
¿Lo trataron alguna vez, o lo tratan actualmente, por alguna de las siguientes afecciones?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Episodios de vértigo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acc. cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lesiones en la espalda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hemorragias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Implantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastornos respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cuáles:		
Otros:		

Haga un círculo en todas las zonas que corresponda. Mi dolor empeora:  
A la mañana/durante el día/a la noche/es constante/en actividad/en descanso

En una escala del 0 al 10,  
(0 es ausencia de dolor y 10, dolor intolerable que requiere hospitalización)  
Indique el valor más bajo de su dolor \_\_\_\_\_ y el más alto \_\_\_\_\_

En base a la clave proporcionada, dibuje el símbolo que represente su dolor sobre la zona del cuerpo que se relaciona con su afección actual.



En lo que se refiere a su problema actual ¿está imposibilitado o tiene dificultades para realizar alguna de las siguientes actividades?

¿Algunas de las siguientes actividades le causa dolor o ha alterado la forma de realizarlas? Marque todas las que corresponda.

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acostarse/levantarse de la cama  | <input type="checkbox"/> Higiene personal       | <input type="checkbox"/> Comer              | <input type="checkbox"/> Afeitarse           | <input type="checkbox"/> Limpiar       |
| <input type="checkbox"/> Entrar/salir del carro           | <input type="checkbox"/> Bañarse/ ducharse      | <input type="checkbox"/> Dormir             | <input type="checkbox"/> Levantar peso       | <input type="checkbox"/> Escribir      |
| <input type="checkbox"/> Sentarse/levantarse de una silla | <input type="checkbox"/> Cepillarse los dientes | <input type="checkbox"/> Permanecer sentado | <input type="checkbox"/> Cocinar             | <input type="checkbox"/> Ir de compras |
| <input type="checkbox"/> Subir/bajar escaleras            | <input type="checkbox"/> Vestirse               | <input type="checkbox"/> Permanecer de pie  | <input type="checkbox"/> Lavar la ropa       | <input type="checkbox"/> Conducir      |
| <input type="checkbox"/> Entrar/salir de la ducha         | <input type="checkbox"/> Actividades laborales  | <input type="checkbox"/> Caminar            | <input type="checkbox"/> Pasar la aspiradora |  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                     |   |   |  |  |

 Se pueden obtener los servicios de asistentes sociales a través de esta oficina. Indique si lo necesita.  Sí  No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He leído la información precedente

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY/BODY/PAIN CHART AND ADL SCREEN**

Diagnosis as stated to you by your physician: \_\_\_\_\_ Date of onset? \_\_\_\_\_

How did this injury/exacerbation occur? \_\_\_\_\_

Have you been hospitalized for the present condition?  Yes  No If Yes, date: \_\_\_\_\_

Have you had surgery for the present condition?  Yes  No If Yes, date: \_\_\_\_\_

Have you received previous treatment for this condition?  Yes  No If Yes, date: \_\_\_\_\_

If yes, please summarize: \_\_\_\_\_

Are you currently receiving or have you received in the last 30 days any other home health, medical or chiropractic services rendered to you by any other agency, organization or individual? If yes, please summarize: \_\_\_\_\_

Are you on any medications? Please list (you may use reverse side) \_\_\_\_\_

Have you ever had any of the following?  EMG  CAT SCAN  MYELOGRAM  MRI  XRAY

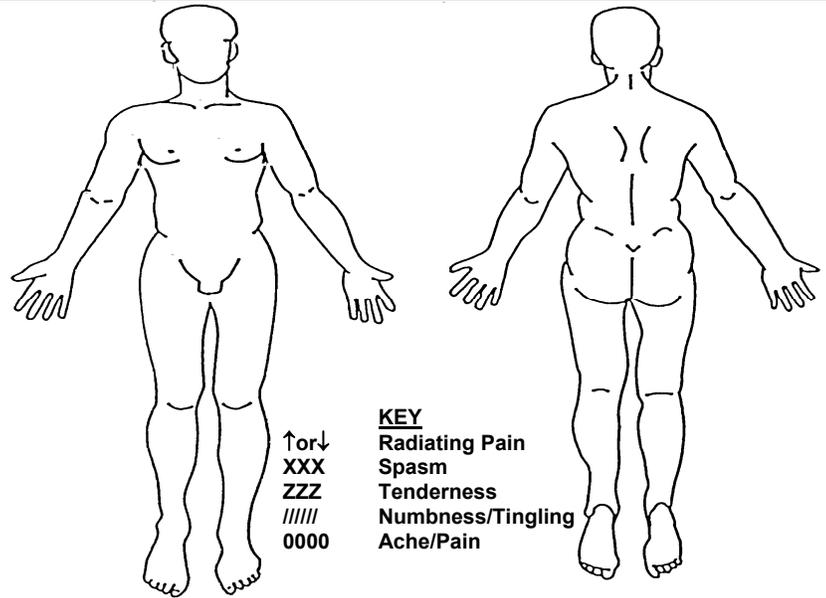
Have you ever, or are you presently being treated for any of the following conditions?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Headaches	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Dizzy Spells	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Fainting Spells	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Epilepsy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Stroke	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Pregnancy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Seizures	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Emphysema	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Back Injury	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Arthritis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Bleeding Disorder	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Fracture	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Pacemaker	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Metalology (implants)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Respiratory Problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Heart Trouble	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Allergies	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
list:		
Other:		

Please circle all that may apply. My pain is worse:  
 In the morning/during the day/at night/constant/with activity/during rest

On a scale of 0 to 10,  
 (0 being no pain and 10 being unbearable pain requiring hospitalization)  
 Please rate your pain at its best \_\_\_\_\_ and at its worse \_\_\_\_\_

Using the key provided, please draw the symbol representing your pain over the area of the body as it relates to your present condition.



As it relates to your current problem, are you unable to or have difficulty with performing any of the following activities? Do you have pain associated with or have you changed your method of performing any of the following tasks? Check all that apply.

- |  |  |                                   |                                    |                                   |
|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Getting in/out of bed     | <input type="checkbox"/> Personal hygiene activities | <input type="checkbox"/> Eating   | <input type="checkbox"/> Shaving   | <input type="checkbox"/> Cleaning |
| <input type="checkbox"/> Getting in/out of a car   | <input type="checkbox"/> Bathing/Shower              | <input type="checkbox"/> Sleeping | <input type="checkbox"/> Lifting   | <input type="checkbox"/> Writing  |
| <input type="checkbox"/> Getting in/out of a chair | <input type="checkbox"/> Brushing teeth              | <input type="checkbox"/> Sitting  | <input type="checkbox"/> Cooking   | <input type="checkbox"/> Shopping |
| <input type="checkbox"/> Walking up/down stairs    | <input type="checkbox"/> Dressing                    | <input type="checkbox"/> Standing | <input type="checkbox"/> Laundry   | <input type="checkbox"/> Driving  |
| <input type="checkbox"/> Getting in/out of shower  | <input type="checkbox"/> Work Activities             | <input type="checkbox"/> Walking  | <input type="checkbox"/> Vacuuming |                                   |
- Other: \_\_\_\_\_

Services of a Social Worker are available through this office. Please indicate if you feel the need for such services.  Yes  No

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I have reviewed the above information  
 Therapist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## DIVULGACIONES SOBRE LA FACTURACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

Podrían existir ocasiones en las que la persona directamente involucrada en su cuidado necesite llamar a la institución o a la Oficina Central de Facturación para solicitar información sobre su salud o su estado de facturación. Le pedimos tenga a bien dedicar unos minutos para completar esta forma.

**Autorizo a KORT/Select Medical Corporation a divulgar la información sobre mi salud que esté directamente vinculada con mi tratamiento actual en KORT/Select Medical Corporation, a la/s persona/s que figura/n a continuación, a fin de que pueda/n cumplir con sus funciones respecto de mi tratamiento o pago de los servicios médicos que yo recibí.**

Tales personas involucradas en su cuidado pueden ser cónyuges, hijos, parientes consanguíneos, compañeros de cuarto, novios o novias, amigos o amigas, compañeros de vida, vecinos y colegas.

NOMBRE	VÍNCULO

**No deseo que se divulgue la información sobre mi salud a las personas involucradas en mi cuidado.**

NOMBRE	VÍNCULO

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o representante del paciente)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

Si usted es representante de un paciente, indique el alcance de su representación para actuar en nombre del paciente.

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apoderado                     | <input type="checkbox"/> Custodio    | <input type="checkbox"/> Responsable sustituto |
| <input type="checkbox"/> Albacea o representante legal | <input type="checkbox"/> Padre/Madre | <input type="checkbox"/> Otro (indique) _____  |

Proporcione documentación o explicación que avale su autorización para actuar en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_



**BILLING DISCLOSURES TO INDIVIDUALS INVOLVED IN PATIENT'S CARE**

There may be times when it is necessary for an individual directly involved in your care to call the facility to inquire about your personal health information or billing information. Please take a few moments to complete this form.

**I authorize KORT to disclose my health information that is directly related to my current treatment at KORT to the individual(s) listed below for purposes of their role in my treatment or payment for the health services that I have received.**

Such persons involved in your care may include spouses, children, blood relatives, roommates, boyfriends or girlfriends, domestic partners, neighbors and colleagues.

NAME	RELATIONSHIP

**I do not wish to have my health information disclosed to the individuals below even though involved in my care.**

NAME	RELATIONSHIP

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient (or Patient's Representative)**

\_\_\_\_\_  
**Date:**

If you are the representative of a patient, check the scope of your authority to act on the patient's behalf:

- Power of Attorney                       Guardian                       Surrogate Decision-Maker  
 Executor of Legal Rep.               Parent                       Other (please specify) \_\_\_\_\_

Provide documentation or explanation of your authority to act for the patient

\_\_\_\_\_

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS SOBRE PRIVACIDAD DE SELECT MEDICAL CORPORATION

## Vigentes desde el 14 de abril de 2003

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ FORMA SE PODRÍA UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. SÍRVASE LEERLA ATENTAMENTE.**

Los términos de esta Notificación de Prácticas sobre Privacidad rigen para Select Medical Corporation y para cada una de sus subsidiarias, afiliadas y organismos administrados o controlados por Select Medical, incluidos la sede principal y sus empleados. Todos los organismos compartirán la información personal sobre la salud de los pacientes en la medida en que sea necesario para realizar el tratamiento médico, el pago y las operaciones de atención de la salud que la ley permita.

La ley exige mantener la privacidad de la información personal sobre la salud de nuestros pacientes y notificarles de nuestras obligaciones legales y prácticas sobre privacidad con respecto a la información personal sobre su salud. Tenemos la obligación de atenernos a los términos de esta Notificación durante todo el período de vigencia de la misma. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta Notificación de Prácticas sobre Privacidad, según resulte necesario, y de preparar una nueva Notificación que rija para toda la información personal sobre la salud que Select Medical Corporation tenga en su poder. También es nuestra obligación informarle que podría existir alguna disposición legal estatal referida a la privacidad de la información sobre su salud que sea de aplicación más estricta que la norma o requerimiento establecido por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. Puede obtener una copia de cualquier Notificación de Prácticas sobre Privacidad revisada o información relativa a una ley estatal específica solicitándolas por correo al Funcionario de Privacidad, Select Medical Corporation, 4716 Old Gettysburg Road, Mechanicsburg, PA 17055.

### UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD

**Autorización y consentimiento:** con excepción de lo establecido a continuación, no utilizaremos ni divulgaremos la información personal sobre su salud por ningún otro motivo que no sea por cuestiones de tratamiento médico, pago u operaciones de atención de la salud, salvo que usted haya firmado una forma de autorización a tal fin. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización por escrito, a menos que hayamos adoptado alguna medida basada en dicha autorización.

**Utilización y divulgación para el tratamiento médico:** con su consentimiento, utilizaremos y divulgaremos la información personal sobre su salud en la medida en que sea necesario para su tratamiento médico. Los médicos, enfermeros y otros profesionales involucrados en su cuidado utilizarán la información que figura en su registro médico y que usted suministre sobre sus síntomas y respuestas al tratamiento, la que podría incluir procedimientos médicos, prescripción de medicamentos, análisis, antecedentes médicos, etc.

**Utilización y divulgación para el pago:** con su consentimiento, utilizaremos y divulgaremos la información personal sobre su salud, en la medida en que sea necesario para realizar los pagos correspondientes. Durante el curso normal de los negocios, podríamos transmitir la información relacionada con sus procedimientos y tratamientos médicos a su compañía de seguros, para coordinar el pago de los servicios que le proporcionamos. Podríamos utilizar su información para preparar la facturación que le enviaremos a usted o a la persona responsable de pagar por los servicios prestados a usted.

**Utilización y divulgación para las operaciones de atención de la salud:** con su consentimiento, utilizaremos y divulgaremos la información personal sobre su salud en la medida en que sea necesario, y de acuerdo con lo permitido por la ley, para las operaciones de atención de la salud, la que podría incluir mejoras clínicas, revisiones médicas, administración comercial, acreditación y permisos, etc. Por ejemplo, podríamos utilizar y divulgar la información personal sobre su salud con el objeto de mejorar el tratamiento clínico y el cuidado de los pacientes.

**Personas involucradas en su cuidado:** con su consentimiento por escrito, podríamos, si así lo considerásemos conveniente, divulgar la información personal sobre su salud a familiares, amigos y otras personas designadas, que estén involucradas en su cuidado o en el pago de los servicios prestados para su cuidado, a fin de facilitarle a dicha persona el cumplimiento de su función, ya sea como responsable a cargo de su salud o del pago de los servicios médicos. En caso de que no pudiéramos obtener su consentimiento por motivos de incapacidad o de una situación médica de emergencia, y nosotros consideráramos que la divulgación limitada de su información redundaría en su beneficio, podríamos compartir en forma parcial la información personal sobre su salud con las personas involucradas, sin su consentimiento. Asimismo, podríamos divulgar parte de la información personal sobre su salud a un organismo público o privado autorizado para intervenir en iniciativas de asistencia en desastres, a fin de que dicho organismo pueda hallar a sus familiares u otras personas que de alguna manera estén involucradas en el cuidado de su salud.

**Asociados comerciales:** determinados aspectos y componentes de nuestras prestaciones se tercerizan a individuos u organizaciones que prestan servicios tales como auditorías, acreditaciones, recopilación de resultados, servicios legales, etc. En algunos casos podría resultar necesario que les suministremos información personal sobre su salud a una o varias de dichas personas u organizaciones que nos asisten en nuestras operaciones de atención de la salud. En todos los casos, exigimos a estos asociados comerciales que protejan adecuadamente la privacidad de su información.

**Citas médicas y servicios:** podríamos comunicarnos con usted a fin de recordarle sus citas médicas o suministrarle información sobre los beneficios y servicios con relación a su tratamiento u otros temas médicos relacionados, que podrían ser de su interés. Usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos las comunicaciones referentes a la información personal sobre su salud, a través de diferentes alternativas de medios de comunicación o a domicilios alternativos que usted indique, y nosotros haremos lo posible por satisfacer su solicitud en términos razonables. Por ejemplo, si usted desea que los recordatorios de sus citas médicas no sean registrados en su casilla de mensajes o enviados a una dirección en particular, nosotros haremos los arreglos necesarios para satisfacer su deseo. Asimismo usted tiene el derecho de solicitar que no le enviemos ningún material de mercadotecnia en el futuro, y haremos todo lo posible para cumplir con tal solicitud. Puede solicitar dichas preferencias enviando su nombre y domicilio al Funcionario de Privacidad,

**Investigación:** en circunstancias limitadas, podríamos utilizar y divulgar la información personal sobre su salud con fines de investigación. En todos los casos en los que no contemos con su autorización, su privacidad estará protegida mediante la aplicación de estrictos requisitos de confidencialidad, exigidos por un consejo de revisión institucional que supervisa la investigación, o mediante las declaraciones de los investigadores en las cuales se comprometen a utilizar y divulgar la información de los pacientes en forma limitada.

**Utilización y divulgación con otros fines:**

La ley nos permite, y en algunos casos nos exige, utilizar y divulgar la información personal sobre su salud sin su consentimiento por otros motivos, alguno de los cuales se detallan a continuación:

- cualquier propósito exigido por ley;
- cuestiones relacionadas con la salud pública, tales como la obligación de reportar enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, o de realizar investigaciones sobre salud pública;
- sospechas de abuso o maltrato de menores o motivos que nos induzcan a creer que usted es víctima de abuso, maltrato o violencia familiar;
- reportes a la *Food and Drug Administration* [Administración de Alimentos y Drogas] sobre efectos adversos, productos defectuosos o para participar del retiro del mercado de determinados productos;
- reportes a su empleador, en los casos en que le hubiéramos prestado servicios médicos a solicitud de aquél;
- reportes a un organismo gubernamental de supervisión por auditorías, investigaciones o procedimientos civiles o penales que dicho organismo realice;
- citaciones o pedidos de presentación de pruebas ordenados judicial o administrativamente;
- reportes a funcionarios encargados de mantener el orden público, según exige la ley, por heridas y daños y delitos;
- reportes a forenses y/o directores funerarios de acuerdo con lo establecido por la ley;
- coordinación, de ser necesario, de la donación de órganos o tejidos suyos o de trasplantes para usted;
- si usted fuese militar, también podríamos divulgar la información personal sobre su salud a fines de salvaguardar la seguridad nacional o actividades de inteligencia, y
- reportes a los organismos encargados de indemnizar a los trabajadores cuando hubiera que determinar el beneficio por indemnización de accidentes laborales.

**DERECHOS QUE USTED TIENE RESPECTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD**

**Acceso a la información personal sobre su salud**

Usted tiene el derecho de realizar copias y/o examinar la mayoría de la información personal sobre su salud que guardamos en su nombre. Todas las solicitudes de acceso a la información deberán cursarse por escrito y firmarse por usted o su representante legal. El personal de la recepción puede proporcionarle una "Forma de acceso a información médica para pacientes".

**Modificaciones a la información personal sobre su salud**

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que la información personal sobre su salud que está en nuestro poder sea modificada o corregida. Si bien no estamos obligados a realizar todas las modificaciones que se nos solicite, consideraremos cada caso con mucho detenimiento. Todas las solicitudes de modificaciones deben cursarse por escrito, firmarse por usted o su representante legal y establecer los motivos por los que se solicita dicha modificación o corrección. En el caso de recibir una solicitud de modificación o corrección, podríamos notificar a otras personas que trabajan con nosotros en caso de considerarlo necesario. El personal de la recepción o el responsable de los registros médicos pueden proporcionarle a usted una "Forma de solicitud de modificación".

**Rendición de cuentas de las divulgaciones de información personal sobre su salud**

Usted tiene el derecho de recibir una rendición de cuentas de determinadas divulgaciones sobre su información médica realizadas por nosotros con posterioridad al 14 de abril de 2003. Dichas solicitudes deberán cursarse por escrito y firmarse por usted o su representante legal. El personal de la recepción o el responsable de los registros médicos pueden proporcionarle a usted una "Forma de solicitud de rendición de cuentas". La primera solicitud de rendición de cuentas que usted realice dentro de un período de 12 meses será proporcionada sin cargo; para cada una de las subsiguientes solicitudes dentro del mismo período de 12 meses usted deberá abonar un arancel. El importe del arancel le será informado en el momento de su solicitud.

**Restricciones al uso y a la divulgación de la información personal sobre su salud:** usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de la información personal sobre su salud, en caso de tratamientos médicos, pagos u operaciones de atención de la salud. Si bien no se nos exige aceptar su solicitud de restricción, haremos lo posible por satisfacer las demandas razonables cuando fuera pertinente. Asimismo, retenemos el derecho de anular la restricción acordada si consideráramos conveniente. En el caso de que la anulación de la restricción sea decidida por nosotros, se le notificará de la misma. También usted tiene el derecho de anular, por escrito o verbalmente, cualquier restricción acordada enviando una notificación de tal anulación a la persona responsable de los registros médicos.

**Quejas:** si usted considera que se ha incurrido en alguna violación de sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito por ante el Funcionario de Privacidad, Select Medical Corporation, P.O. Box 2034, Mechanicsburg, PA 17055. También podría presentar una queja por ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en Washington D.C. por escrito, dentro de los 180 días de ocurrida la violación de sus derechos. No se tomará represalia alguna por presentar quejas.

**MÁS INFORMACIÓN:** si tiene preguntas o necesita más información respecto de esta Notificación, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad, Select Medical Corporation, P.O. Box 2034, Mechanicsburg, PA 17055.

---

Firma del paciente

---

Fecha

