



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación del titular de la póliza con el paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación del titular de la póliza con el paciente: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Autorizo que se realice el pago a la Children's Clinic of El Paso y autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos por los servicios prestados a mi hijo. Autorizo a Children's Clinic of El Paso, como titular de información médica u otra información sobre mi hijo, a divulgar a las compañías de seguros, planes de salud, agencias o representantes de cualquier compañía que maneje los reclamos de mi hijo, cualquier información necesaria para este o cualquier otro reclamo para servicios obtenidos de Children's Clinic of El Paso.

### AVISO DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la Children's Clinic of El Paso.

Con la firma a continuación, he leído, entiendo y acepto el Consentimiento / Autorización, la Política financiera, la Política de seguro y el Aviso de privacidad para la Children's Clinic of El Paso.

\_\_\_\_\_  
Firma del garante /padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del garante /padre/tutor legal (Por favor imprimir)



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

### NUEVA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

LENGUA PREFERIDA: INGLÉS / ESPAÑOL / OTRO

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Género: Mujer    Hombre

#### INFORMACIÓN PARA PADRES O TUTORES

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Numero del Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Relacion hacia el niño: (marque uno) MADRE  PADRE  GUARDIÁN LEGAL

#### OTRA INFORMACIÓN PARA PADRES O TUTORES

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Numero del Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Relacion hacia el niño: (marque uno) MADRE  PADRE  GUARDIÁN LEGAL

**Si el paciente está bajo el cuidado de alguien que no sea un padre biológico, proporcione la documentación legal de la tutela / custodia legal**

#### CONTACTO DE EMERGENCIA - Fuera de la casa

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion hacia el niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion hacia el niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
 Leslie Cortes, M.D.  
 Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

## HISTORIA MÉDICA INICIAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: H \_\_\_ M \_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:** (Enumere todos los miembros de la familia que viven en la casa del paciente)

Nombre	Relacion	DOB	Problemas de Salud

**Los Padres:** Casado [ ] Divorciado [ ] Apartado [ ] Soltero [ ]

Si está separado / divorciado, ¿quién tiene la custodia del paciente? \_\_\_\_\_

¿Hay hermanos viviendo fuera de casa? Si [ ] No [ ]

En caso afirmativo, indique el nombre, la edad y el lugar donde viven.:

	No	Yes	Comments
¿Su hijo va a la guardería?			Dónde :
¿Su hijo va a la escuela?			Dónde :
¿Hay alguien en tu familia fuma?			Dónde : Interior/Exterior/Ambos
¿Su familia tiene mascotas?			Tipo:
¿Su familia usa cinturones de seguridad / asientos de coche?			
¿Su familia tiene agua de pozo?			

### HISTORIA DE NACIMIENTO

¿En qué hospital nació su hijo? \_\_\_\_\_

Nació su hijo: Temprano [ ] A Tiempo [ ] Tarde [ ]

Si temprano cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

¿Su hijo nació de Cesarean? \_\_\_\_\_ Si es así por qué? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tuvo algún problema después del nacimiento? \_\_\_\_\_ Si si, que? \_\_\_\_\_

¿Tenía mamá alguna complicación con el embarazo? \_\_\_\_\_ Si si, que? \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO PASADO**

	No	Sí	En caso afirmativo, por favor comente
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento?			
¿Alguna vez ha hospitalizado a su hijo?			
¿Tu hijo ha tenido alguna cirugía?			
¿Tiene su hijo algún problema de desarrollo?			
¿Tiene su hijo alguna afección médica grave o problemas crónicos?			
¿Ha tenido su hijo accidentes o lesiones graves?			
¿Está su hijo retrasado con las vacunas?			
¿Su hijo toma algún medicamento? (sin receta o receta)			

**FAMILY HISTORY (Any parents, siblings, grandparents, aunts, uncles who have the following)**

	Yes	No	Relationship		Yes	No	Relationship
Alergia				Eye Problems			
Asma				Hearing Problems			
Problema cardíaco				Mental Illness			
Colesterol Alto				Seizure Disorder			
Diabetes				Cancer			
Enfermedad de tiroides				Birth Defects			
Anemia				Tuberculosis			
Enfermedad de riñón				Drug / Alcohol Abuse			
Liver Disease				Bleeding Disorders			
Immune Problems				Eczema			
Gastrointestinal							

**REVIEW OF SYSTEMS (Does your child had or has any of the following problems or concern)**

	Yes	No	Comment if Yes		Yes	No	Comment if Yes
Asthma, Wheezing				Skin Problems			
Anemia				Seizures			
Vision / Eye Problems				Frequent Headaches			
Ear Infections				Diabetes			
Nasal Problems				Thyroid Problems			
Heart Murmurs				Bleeding Disorder			
Liver Problems				Chicken Pox			
High Blood Pressure				Developmental issues			
Pneumonia				Attention problems			
Abdominal Pain				Sleep issues			
Constipation				Allergies			
Joint pain or swelling				Menstrual problems			
Broken bones				Drug or Alcohol use			
Bladde Problems				Frequent strep throat			
Hearing Problems				Bedwetting/Soiling			
Other				Other			
Other				Other			



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

Yo \_\_\_\_\_, soy el padre legal/o guardian de \_\_\_\_\_  
fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, un paciente bajo cuidado de *Children's Clinic of El Paso, P.A.*

En el evento que yo no pueda acompañar lo(a) a *Children's Clinic of El Paso, P.A.* Yo autorizo la siguiente persona(s) que sirva como mi representante y traer a mi hijo(a) a la oficina para tratamiento incluyendo pero no limitado a reexaminación, inyecciones, y otros procedimientos diagnósticos. Yo autorizo *Children's Clinic of El Paso, P.A.*, sus doctores y empleados, que provean información medica a la(s) siguientes persona(s) pertinente a mi hijo(a) y su cuidado inmediato, y autorizo tratamiento para mi hijo(a) como si yo estuviese presente.

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAR

Soy el padre / tutor de \_\_\_\_\_, tengo el derecho legal de consentir el tratamiento médico y quirúrgico para este paciente.

Autorizo voluntariamente la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que *Children's Clinic of El Paso, P.A.* y sus asociados o asistentes designados consideran necesarios para este niño.

Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras, asistentes médicos y otros proveedores de atención médica en este consultorio médico para brindar tratamiento a este niño siempre que este niño sea un paciente en este consultorio o hasta que me retire mi consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

## POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Children's Clinic of El Paso desea aprovechar esta oportunidad para dar la bienvenida a los nuevos miembros a nuestra práctica y agradecer a nuestros pacientes que regresan. Para evitar confusiones con respecto a nuestra política de facturación actual, revise lo siguiente y firme a continuación. Se proporcionará una copia para sus registros a pedido.

1. Los copagos se deben pagar antes de ser atendido por el médico o la enfermera. Si no puede pagar su copago al momento del servicio, debe hacer arreglos con el administrador de la práctica antes de su cita. Se puede aplicar un cargo por servicio por no pagar su copago al momento del servicio.
2. Si su hijo es atendido por una visita de bienestar y también recibe tratamiento por una afección médica, su compañía de seguros puede procesar la visita con un copago o coseguro, del cual usted será responsable.
3. Si no tiene seguro o está subasegurado o está sujeto a un deducible, el pago se debe al momento del servicio.
4. Los pacientes privados que pagan son elegibles para un descuento solo si el pago se realiza al momento del servicio. Por favor, pregunte a la persona de recepción para más detalles.
5. Aceptamos efectivo, Visa y Mastercard para su conveniencia.
6. Todos los arreglos de pago deben hacerse con el administrador de la práctica antes de que su hijo sea visto. Si se permiten los arreglos de pago, es su responsabilidad enviar el pago dentro de los 30 días, ya sea que reciba o no un estado de cuenta.
7. Es posible que solo se le envíen tres declaraciones antes de que comencemos los procedimientos de cobro. Todas las cuentas enviadas a una agencia externa para cobros se cobrarán hasta una tarifa de cobro del 35% y cualquier descuento aplicado se agregará nuevamente a su cuenta.
8. Verificaremos la cobertura a través del sitio web de su compañía de seguros o por teléfono. Si las computadoras y / o los sistemas telefónicos están caídos y no podemos confirmar la cobertura, o si su hijo no es elegible, usted será responsable del pago total al momento del servicio.
9. Quien lleve a su hijo a la oficina es responsable del pago. Esto incluye abuelos, niñeras y otros cuidadores. Complete el formulario de Consentimiento para tratar nombrando específicamente a cualquier persona que no sea un padre autorizado para acompañar a su hijo a nuestra oficina y dándonos permiso para divulgar la información médica de su hijo a esta persona.
10. Nadie menor de 18 años será tratado sin un padre presente.

11. ¡Tenga en cuenta su cobertura de seguro! Hacemos todo lo posible para verificar la cobertura y los beneficios antes de ver a su hijo, pero esto no es una garantía de cobertura. Debe saber si tiene un deducible o coseguro, si tiene cobertura para niños sanos, si necesita referencias, si un médico es un médico de la red, etc. Llame a su compañía de seguros si tiene alguna pregunta.

12. Traiga la tarjeta de seguro actual de su hijo y / o la tarjeta actual de Medicaid a cada visita. Asegúrese de que Patricia Azarcon-Samonte, M.D. sea su proveedor de atención primaria.

13. La información del seguro se debe proporcionar al momento del servicio. Si no se proporciona información de seguro actualizada a nuestra oficina dentro del límite de llenado oportuno de su póliza de seguro, el saldo será responsabilidad del paciente. Tenga en cuenta que la presentación oportuna puede ser de tan solo 60 días.

14. Presentamos su seguro como cortesía. Si no recibe el pago de su compañía de seguros dentro de los 60 días, el saldo es su responsabilidad.

15. Si lo envían a un especialista y su seguro requiere una referencia, comuníquese con la oficina una vez que tenga programada la cita. Necesitamos saber la fecha y hora de la cita para completar la referencia. La mayoría de los seguros requieren un aviso de al menos 48 horas para la derivación. No espere para contactarnos el día de la cita de su hijo.

16. No damos reembolsos de tarjetas de crédito. Con mucho gusto acreditaremos su cuenta.

Apreciamos tu cooperación. Infórmenos si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el seguro o la cuenta de su hijo.

**Acepto la responsabilidad financiera del niño mencionado anteriormente y reconozco que al firmar a continuación, he leído y entiendo esta política de facturación. Previa solicitud, se proporcionó una copia de esta política para mis registros.**

---

Firma de los padres

---

Fecha



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MENSAJE DE TEXTO

Children's Clinic of El Paso está en el proceso de ofrecer notificaciones de mensajes de texto para recordatorios de citas y otra información relacionada con el cuidado del paciente. Si desea tener la oportunidad de recibir información de este tipo, por favor proporcione su número de mensaje de texto a continuación. Este servicio no se debe confiar solamente en, pues la responsabilidad de atender y de cancelar citas todavía descansa con usted, pero esperamos que esto hará las cosas más fáciles.

Comenzaremos a utilizar este sistema una vez que tengamos bastantes consentimientos de los padres/de los guardas de nuestros pacientes. Las tarifas de mensajería de texto estándar se aplican como se estipula en su plan inalámbrico (comuníquese con su compañía para obtener información sobre los planes de precios y detalles).

Los textos se generan utilizando una instalación segura, sin embargo se transmiten a través de una red pública a un dispositivo personal que puede no ser seguro. No transmitiremos ninguna información que permita identificar a un paciente individual.

\_\_\_\_\_ CONSENTE a la práctica poniéndome en contacto con por el texto.

\_\_\_\_\_ NO CONSENTE a la práctica de contactarme por texto.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono del Celular: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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



Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
Leslie Cortes, M.D.  
Roberta Durk-Gomez, CPNP-PC

### Política de "NO PRESENTACION"

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Children's Clinic of El Paso se dedica a brindar una excelente atención al paciente. Las citas que se pierden obstaculizan nuestra capacidad de proporcionar la más alta calidad de atención posible.

Si un paciente no puede asistir a una cita, se le pide que se ponga en contacto con la oficina 24 horas antes de la hora de nombramiento. Si una cita no se cumple, o no se cancela, se considerará un "NO PRESENTACION".

- Después de las 3 citas de "NO PRESENTACION", el padre o tutor tiene dos opciones:
  1. Pague una tarifa de \$20.00 por falta de cita. Cada cita perdida después de eso se cobrará una tarifa adicional de \$ 20.00 por cita perdida.
  2. O el padre o tutor y todos los pacientes en la cuenta serán despedidos de la práctica y se les pedirá que encuentren otro pediatra. Si el padre o tutor decide ser despedido, no habrá ningún cargo.
- Si el padre o tutor decide dejar nuestra práctica y la compañía de seguros de un paciente o Medicaid ha asignado al paciente a nuestra oficina, se contactará a la compañía de seguros o Medicaid para que el paciente sea reasignado a la oficina de otro médico de atención primaria.

Como cortesía, nuestra oficina intentará comunicarse con el padre de la cita de su hijo el día anterior. Sin embargo, si no podemos hacer contacto, sigue siendo obligación de los padres mantener o cancelar la cita.

La intención de esta política es prevenir retrasos y atención y utilizar el tiempo del médico de manera más eficiente al reducir los espacios de citas no utilizados y hacer que esos tiempos estén disponibles para otros pacientes.

Le agradecemos que respete y se adhiera a la política de "NO PRESENTACION" de nuestra práctica.

He leído y entiendo la política de "NO PRESENTACION" de la Clínica infantil de El Paso. También entiendo que si no estoy de acuerdo con esta política, puedo solicitar a la compañía de seguros de mi hijo que asigne a mi hijo a \_\_\_\_\_ la oficina de otro médico de atención primaria, si corresponde.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha



## NOTIFICACION DE PRIVACIDAD MEDICA PARA

Childrens Clinic of El Paso  
11544 Vista Del Sol, Bldg. A  
El Paso, Texas 79936

Patricia Azarcon-Samonte, M.D., Privacy Officer

**ESTA NOTIFICACION EXPLICA COMO SE  
PUEDE USAR Y REVELAR SU EXPEDIENTE  
MEDICO E INDICA COMO SE PUEDE TENER  
ACCESO A DICHA INFORMACION. POR  
FAVOR REVISE ESTO DETENIDAMENTE.**

**NUESTRA PROMESA DE PRIVACIDAD PARA  
USTEDES, NUESTROS PACIENTES**

**SU INFORMACION ES IMPORTANTE Y  
CONFIDENCIAL. NUESTRAS ETICAS Y  
POLITICAS REQUIEREN QUE SU  
INFORMACION SE GUARDE EN ABSOLUTA  
CONFIDENCIA.**

Los términos de esta notificación se aplica a todos los documentos de su expediente médico que contiene información de su salud que se ha creado o mantenido en nuestro consultorio. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar esta notificación de privacidad médica. Cualquier revisión o modificación se aplicará a todo su expediente médico que nuestro consultorio creó o mantuvo en el pasado, o para cualquier nuevo expediente médico que se genere en el futuro. Nuestro consultorio mantendrá una copia de esta notificación en las oficinas, en un lugar visible en cualquier momento, y cuando usted desee, puede pedir una copia de nuestra más reciente notificación.

### NOTIFICACION DE PRIVACIDAD MEDICA

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR O  
REVELAR SU EXPEDIENTE MEDICO Y COMO PUEDE TENER  
ACCESO A ESTA INFORMACION.**

**POR FAVOR REVISE ESTO DETENIDAMENTE**

#### Usos y revelaciones

Tratamiento. Su expediente médico puede ser utilizado por el personal de esta oficina o revelada a otros centros médicos con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y proveerle de un tratamiento. Por ejemplo, los procedimientos y resultados de pruebas de laboratorio estarán disponibles en su archivo médico para todos los profesionales de la salud quienes puedan darle un tratamiento o quien lo haya consultado por el personal de esta oficina.

Pagos. Su expediente médico puede ser utilizado para obtener el pago de acuerdo a su plan médico, o de algunas otras fuentes de cobertura así como aseguradora de automóvil o tarjeta de crédito que se quiera usar para cubrir los servicios. Por ejemplo, su plan médico podría pedir o recibir información de las fechas en que se le atendió, los servicios que se le dieron, y de que condición médica se le está tratando.

Funcionamiento médico. Su expediente médico puede ser necesario para apoyar la administración y actividades diarias de Childrens Clinic of El Paso. Por ejemplo, información sobre los servicios que usted recibió y que pueden ayudar al presupuesto y reporte financiero, también actividades para evaluar y promocionar calidad.

Imposición del cumplimiento de la ley. Su expediente médico puede ser revelado a los oficiales de la ley para ayudar a las auditorías e inspecciones, y así facilitar investigaciones a los agentes oficiales, de esta manera se cumple con los reportes que el gobierno requiere.

Reporte de salud pública. Su expediente médico puede ser revelado a las agencias de salud pública como es requerido por la ley. Por ejemplo, necesitamos reportar al departamento de salud pública del estado algunas enfermedades transmisibles.

Demandas y procedimientos similares. Nuestro consultorio puede usar y revelar su expediente médico protegido en respuesta a una orden de la corte o administrativa, si está envuelto en una demanda o procedimiento similar. También podemos revelar su expediente médico protegido en respuesta a una solicitud, citatorio, u otro proceso legal hecho por otra persona envuelta en la disputa, pero solo si tenemos que hacer un esfuerzo para informarle a usted de su solicitud para obtener una orden para proteger la información que la otra persona está solicitando.

Amenazas serias a su salud y seguridad. Nuestro consultorio puede usar o revelar su expediente médico cuando es necesario reducir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otra persona o del público. Bajo estas circunstancias, solo hacemos revelaciones a personas u organizaciones capaces de prevenir una amenaza.

Militar. Nuestro consultorio puede revelar su expediente médico protegido si usted es miembro de las fuerzas militares de Los Estados Unidos o del extranjero (Incluyendo veteranos) si las propias autoridades lo solicitan.

Seguridad Nacional. Nuestro consultorio puede revelar su expediente médico protegido a oficiales federales de inteligencia y actividades de seguridad nacional autorizados por la ley. También podemos revelar su expediente médico protegido a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales o ministros extranjeros, o para llevar a cabo una investigación.

Presos. Nuestro consultorio puede revelar su expediente médico a instituciones correccionales o a oficiales de la ley. Si usted es un preso bajo la custodia de un oficial de la ley. Revelaciones para estos propósitos podrían ser necesarias: (a) por la institución para proveerle de servicios médicos, (b) para la seguridad y protección de la institución, y/o (c) proteger su salud y seguridad o la seguridad y protección de otras personas.

Compensación de trabajo. Nuestro consultorio puede liberar su expediente médico protegido a las oficinas de compensación del trabajo y a programas similares.

Usos de Información adicional  
Recordatorio de citas. Su expediente médico sera usado por nuestro personal para mandarle un recordatorio de su cita.

Información sobre tratamientos. Su expediente médico podría ser usado para mandarle información que podría interesarle tales como tratamientos y administración de su condición médica. Le podríamos mandar información describiendo productos relacionados con la salud, también servicios que pensamos le podrían interesar.

Otros usos y revelaciones que requieren su autorización. La revelación de su expediente médico o el uso para cualquier otro propósito exceptuando aquellos mencionados anteriormente, se requiere de su autorización por escrito. Si usted cambia de opinión después de firmar la autorización de usar o de revelar su información. Usted puede presentar una revocación de autorización por escrito. Sin embargo, su decisión para revocar la autorización no afectará ni deshacerá el uso o revelación de la información que ocurrió antes de que usted nos hubiera notificado de la decisión de revocar su autorización.

#### Derechos individuales

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Esto es lo que incluye:

- El derecho de solicitar restricciones en el uso y revelación de su expediente médico bajo protección
- El derecho de recibir comunicados confidenciales acerca de su tratamiento y condición médica
- El derecho de revisar y copiar su expediente médico bajo protección
- El derecho de corregir o presentar las correcciones de su expediente médico bajo protección
- El derecho de recibir una explicación de como o a quién se le mandó su expediente médico bajo protección
- El derecho de recibir una copia de esta notificación

#### La obligación de Childrens Clinic of El Paso

Es necesario por ley, que mantengamos en privado su expediente médico y proporcionarle con esta notificación de privacidad médica. También es necesario que cumplamos con las políticas que se indican en esta notificación.

#### Solicitud para revisar expediente médico bajo protección

Por lo general, usted puede revisar la copia del expediente médico que nosotros guardamos. Así como lo permiten las regulaciones federales, necesitamos que las solicitudes para revisar o copiar información médica sea por escrito. Usted puede obtener una forma para solicitar acceso a sus expedientes tan solo llamando a Patricia Azarcon-Samonte, M.D. Su solicitud será revisada y generalmente es aprobada, al menos que existan razones médicas para negar su solicitud.

#### Quejas/persona a quién dirigirse

Si usted desea presentar un comentario o queja acerca de nuestra privacidad médica, usted puede hacerlo mandando una carta y describiendo sus motivos a esta dirección:

Childrens Clinic of El Paso  
Patricia Azarcon-Samonte, M.D.  
11544 Vista Del Sol, Bldg. A  
El Paso, TX 79936  
(915) 592-2600

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacernos saber mandando una carta describiendo la causa de sus motivos a la misma dirección. También puede llamar a la Secretaría Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será sancionado ni habrá represalias en su contra por haber mandado su queja.

Esta notificación es vigente a partir de día 14 de Abril, 2003