

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Phoenix Medical Group, PC y todas las entidades operadas y propiedad de Phoenix Medical Group, PC con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento, evaluar mi tratamiento a través de investigación, obtener pago por mi facturas de cuidado médico de laboratorio, referir mi cuidado a especialistas externos cuando sea necesario, o para llevar a cabo operaciones de asistencia medica incluyendo la participación de mi proveedor de la red. Intercambio de Información de Salud estatal (HIE). Yo entiendo que los diagnósticos o mi tratamiento por Phoenix Medical Group, PC podrán depender de mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo es usada o revelada mi informacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago o operaciones de salud de la practica. Sin embargo si Phoenix Medical Group, PC esta de acuerdo con una restricción que la restricción es obligatoria para la práctica y el personal.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Phoenix Medical Group, PC haya tomado acciones en dependencia a este consentimiento.

Mi "información médica protegida" (PHI) es la información de salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi dentista, otro profesional de la salud, un seguro medico, mi empleador o un centro de atención médica. Esta información de salud protegida se refiere a mi salud física o mental o afección pasada, presente o gutura y me identifica o presenta una base razonable para creer que la información pueda identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Phoenix Medical Group, PC me ha sido proporcionado. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de uso y divulgacion de mi información de salud protegida que ocurrirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de atención dental de Phoenix Medical Group. El Aviso de Privacidad para Phoenix Medical Group también se puede encontrar en la sala de espera de la oficina. Este Aviso de Prácticas de Privacidad de Phoenix Medical Group, PC también incluye y describe mis derechos y las obligaciones de Phoenix Medical Group, PC con respect a mi informacion de salud protegida.

Por la Regla de Privacidad HIPAA, mi firma en este formulario de consentimiento autorizo el uso de mi información personal de salud entre Phoenix Medical Group y todas las demás prácticas, para la continuacion de mi cuidado.

\_\_\_\_\_ Si el paciente ha rubricado en esta línea, el paciente está **rechzando** la liberación de información de salud mental, incluyendo, pero no limitado a: deterioro mental psicológica, psiquiátrica u otro (s) (excluye "notas de psicoterapia" tal como se define en 45 CFR 164.501), drogas abuso, alcoholismo o abuso de otras sustancias, anemia de células falciformes, y registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o venérea que puede incluir, pero no se limitan a enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y la prueba o los resultados VIH / SIDA.

Phoenix Medical Group, PC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso corregido de las prácticas de privacidad mediante la solicitud de una copia corregida se me envíe por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Autoridad del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Todos los pacientes deben proporcionar información personal y seguros precisos al ser visto por Phoenix Medical Group (en adelante denominado "Práctica")
- El pago se requiere en el momento del servicio y puede ser en forma de efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
- Oficina puede divulgar la totalidad o parte de los registros médicos ó financieros de un paciente (incluyendo la información relacionada con el alcohol y el abuso de fármacos, diagnóstico y tratamiento de la salud mental, relacionada con el VIH u otra información relacionada con las enfermedades transmisibles) a terceros para obtener el pago por los servicios prestados.
- Con mucho gusto presentar una demanda de cortesía con su compañía de seguros de salud. Es su responsabilidad de cumplir con los requisitos de pre-determinación o la notificación de su plan de seguro. Muchos de los servicios prestados pueden ser cubiertos y pagados por su compañía de seguros. Por desgracia, las compañías de seguros no pagan por todos los servicios que el proveedor considere conveniente.
- En todos los casos requerimos del guardian, la persona que es responsable financieramente, para ser personalmente responsable de todos los saldos.
- Creemos que las tarifas que cobran honorarios para ser razonables y habituales. Si su compañía de seguros utiliza un programa de tarifas diferentes, usted puede ser responsable por cualquier saldo restante.
- La práctica puede cobrar tarifas razonables para los servicios relacionados con su cuenta, incluyendo, pero no limitado a, los cargos por cheques devueltos, intereses de cuentas pendientes de pago, y los médicos ejemplares originales.
- Las personas que no se presentan a su cita programada o no den al menos 24 horas de aviso de cancelación pueden estar sujetos a \$ 25 si no se presenta tarifa.
- Si es necesario reenviar un saldo de la cuenta a una agencia de colección, el guardian, la persona que es responsable financieramente, será responsable de los gastos de recaudación razonables.
- Usted es responsable de informar a la práctica de cualquier cambio en la información demográfica, incluyendo el número de teléfono, dirección, y la cobertura de seguro de salud.
- Podemos recoger un depósito sobre los cargos en los que incurra hoy hacia su equilibrio (por ejemplo, copago, deducible, paga uno mismo) y se factura por el saldo restante. Todas las facturas se deben a la recepción.
- Las leyes federales requieren que sometemos cada reclamación a una compañía de seguros e informar con exactitud los servicios exactos realizados y la razón exacta para la realización de ellos. No se nos permite cambiar la información sólo para que la compañía de seguros puede pagar una reclamación.

He leído y entendido la política financiera y estoy de acuerdo con él. Soy paciente, el padre de un niño menor de edad, o del representante legal del paciente y estoy autorizado a actuar en nombre del paciente y firmar este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Paciente Primera Ultima Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Inicio Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad en el momento oportuno.

Si es necesario cancelar su cita programada, es necesario que usted llame al menos 24 horas de antelación. Para cancelar o reprogramar una cita, llame al 623-815-7800.

Cancelaciones fuera de plazo serán consideradas como "no-show". "Si no se presenta" molestias a las personas que necesitan acceso a la atención médica de manera oportuna. Cualquier "no-show" estará sujeto a una tarifa de \$ 25.00.

He leído y entendido la Cancelación / Política de No Arribo.

**Firma del paciente X** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

---

**Inicial**

X\_\_\_\_ Doy \_\_\_\_\_ permiso para que me acompañe en la sala de examen durante la visita al médico.

X\_\_\_\_ Doy permiso para llamar a \_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_ Movil

X\_\_\_\_ Doy permiso para ponerse en contacto conmigo con respecto a las oportunidades de investigación  
\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_ correo electrónico

X\_\_\_\_ Doy permiso para dejar un mensaje en mi \_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_ célula

X\_\_\_\_ mensaje puede incluir \_\_\_\_ Prueba normal Resultados \_\_\_\_ Todos los resultados de la prueba

X\_\_\_\_ Doy permiso para hablar con \_\_\_\_\_ Phoenix Medical Group  
con respecto a mi \_\_\_\_ Resultados de los exámenes \_\_\_\_ problemas de facturación

X\_\_\_\_ Doy permiso para tener resultados normales enviados por correo a mi dirección de su casa.

**Firma de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Su nombre y firma en esta hoja indican que se le ha dado la oportunidad de revisar y solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad (notificación) de Phoenix Medical Group en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el Aviso de prácticas de privacidad del Grupo Médico de Phoenix, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de la clínica o el Oficial de Privacidad del Paciente Phoenix Medical Group, como se indica en la Notificación.

Acuso recibo y he leído y entendido el Aviso de prácticas de privacidad con respecto a la participación de mi proveedor de la red, el intercambio de información en todo el estado de salud (HIE), o previamente he recibido esta información y la decadenia otra copia.

Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_

Si representante de los pacientes, Nombre (Impreso): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (Impreso): \_\_\_\_\_

Cuenta # o registro médico #: \_\_\_\_\_

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

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

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento pago u operaciones de cuidado de la salud y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, la salud física o mental presente o futuro o afección y los servicios de salud relacionados.

## 1. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud a usted. Su información de salud protegida también puede ser usada y revelada para pagar sus cuentas del cuidado de la salud y para apoyar la operación de la práctica de su médico.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que se permite la consulta de su médico para hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y revelaciones que pueden ser hechos por nuestra oficina.

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y divulgar su información protegida de salud para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con otro proveedor. Por ejemplo, podríamos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. También vamos a divulgar información médica protegida a otros médicos que puedan tratarle. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo. Además, podemos revelar su información de salud protegida de vez en cuando a otro médico o profesional de la salud (por ejemplo, un especialista o laboratorio) quien, a los request de su médico, se involucre en su cuidado, proporcionando asistencia con su diagnóstico médico o tratamiento a su médico.

**Pago:** Su información médica protegida será usada y revelada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud proporcionados por nosotros o por otro proveedor. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar por los servicios de atención médica que recomendamos para usted, tales como: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro, la revisión de los servicios proporcionados a usted por necesidad médica, y la realización de actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una visita al consultorio puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud. No obstante, usted será capaz de restringir la divulgación a su compañía de seguros para los servicios para los que desea pagar "de su bolsillo" bajo la nueva regla de Ómnibus.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, actividades de recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas.

Vamos a compartir su información de salud protegida con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades (por ejemplo, facturación o servicios de transcripción) para nuestra práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implique el uso o divulgación de su información de salud protegida, tendremos un contrato escrito que contiene los términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que estos materiales no serán enviados a usted.

Podemos usar o divulgar su información demográfica y las fechas en que recibió tratamiento de su médico, según sea necesario, con el fin de ponerse en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos con el apoyo de

nuestra oficina. Si no desea recibir estos materiales, por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad y solicitar que estos materiales de recaudación de fondos no serán enviados a usted.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que se pueden hacer sin su autorización u oportunidad de aceptar u oponerse

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización o brindar la oportunidad de aceptar u oponerse usted. Estas situaciones incluyen:

**Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida en la medida en que el uso o divulgación es requerida por la ley. El uso o divulgación se realizan en cumplimiento de la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, si es requerido por la ley, de tales usos o revelaciones.

**Salud Pública:** Podemos revelar su información de salud protegida para fines de salud pública a una autoridad de salud pública autorizada por ley a cobrar o recibir la información. Por ejemplo, una revelación puede insertar la prevención o control de enfermedades transmisibles, lesiones o discapacidades, la presentación de información tales como las reacciones adversas a medicamentos o productos, sospecha de abuso, negligencia o explotación de los niños, adultos discapacitados o ancianos, o violencia doméstica.

**Supervisión de salud:** Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de vigilancia de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención de la salud, programas de beneficios del gobierno, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

**Aplicación de la Ley:** También podemos revelar información médica confidencial, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, con fines policiales. Estos fines policiales incluyen (1) procesos legales y requerido por la ley, (2) solicitudes de información limitada para propósitos de identificación y ubicación, (3) que se refieren a las víctimas de un delito, (4) la sospecha de que la muerte se ha producido como consecuencia de

conducta criminal, (5) en el caso de que un crimen se produce en las instalaciones de nuestra práctica, y (6) emergencia médica (no en los locales de nuestra práctica) y es probable que haya ocurrido un crimen.

**Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** Podemos revelar su información de salud protegida a un médico forense para fines de identificación, determinar la causa de muerte o para el médico forense para llevar a cabo otras tareas autorizadas por la ley. También podemos revelar información de salud protegida a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, con el fin de permitir que el director de la funeraria para llevar a cabo sus funciones. Podemos revelar esa información en la anticipación razonable de la muerte. La información médica protegida puede ser usada y divulgada con fines de órganos, ojos o donación de tejidos.

**Investigación:** Podemos revelar su información médica protegida a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información médica protegida.

**Actividad Criminal:** Consistente con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica protegida, si creemos que el uso o revelación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público. También podemos revelar información de salud protegida si es necesario que las autoridades policiales para identificar o detener a un individuo.

**Actividad militar y seguridad nacional:** Cuando las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar información de salud de los individuos que son miembros de las Fuerzas Armadas (1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades militares apropiadas; (2) con el propósito de una determinación por el Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para beneficios, o (3) a autoridades militares extranjeras si usted es miembro de dichos servicios militares extranjeras. También podemos revelar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional, incluyendo la provisión de los servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

**Compensación:** Podemos revelar su información de salud como se autoriza para cumplir con los trabajadores de los

trabajadores las leyes de compensación y otros programas similares legalmente establecidos.

## USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA BASÁNDOSE EN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán sólo con su autorización por escrito, a menos que sea permitido o requerido por la ley como se describe a continuación de otro modo. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información de salud protegida por las razones expuestas en su autorización por escrito. Por favor entienda que no podemos retirar las divulgaciones ya hechas con su autorización.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que requieren que le proporciona la oportunidad de aceptar u objetos

Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en los siguientes casos. Usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación de la totalidad o parte de su información de salud protegida. Si usted no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la información de salud protegida, a continuación, su médico puede, usando su juicio profesional.

Psicoterapia Notas: Uso y divulgación de notas de psicoterapia que mantiene su proveedor de atención médica está permitida sólo con su autorización por escrito.

Otros involucrados en su atención médica o pago por su cuidado: A menos que se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede estar de acuerdo o bien oponerse a tal revelación, podemos revelar información como sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte. Por último, podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida a una entidad pública o privada autorizada para

asistir en los esfuerzos de alivio de desastres y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

## 2. SUS DERECHOS

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre su salud durante el tiempo que mantenemos la información de salud protegida. Usted puede obtener su historia clínica que contenga los registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que sus médicos practican el uso para tomar decisiones acerca de usted. Según lo permitido por la ley federal o estatal, podemos cobrarle una tarifa razonable copia para copiar sus archivos.

Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable de, o uso en, un civil, penal, administrativa o acción o procedimiento; y los resultados de laboratorio que están sujetos a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida. Dependiendo de las circunstancias, la decisión de denegar el acceso puede ser revisable. En algunas circunstancias, es posible que tenga derecho a que se revise esta decisión. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad si tiene alguna pregunta acerca del acceso a su expediente médico.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted nos puede pedir que no usemos o divulgar cualquier parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quién desea aplicar la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si su médico está de acuerdo con la restricción solicitada, no podemos usar o divulgar su información de salud protegida en violación de esa

restricción a menos que sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Con esto en mente, por favor discuta cualquier restricción que usted desee solicitar con su médico. Usted puede solicitar una restricción, proporcionando una carta escrita a su proveedor. Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Cumpliremos con las solicitudes razonables. También podemos condicionar este alojamiento por pidiéndole información en cuanto a cómo será manejado o especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No vamos a pedir una explicación en cuanto a la base de la solicitud. Por favor haga esta solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Es posible que tenga el derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitar una enmienda de la información protegida sobre su salud en un registro designado por el tiempo que mantenemos esta información. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de enmienda. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad si tiene alguna pregunta acerca de enmendar su expediente médico.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información de salud protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Se excluyen las divulgaciones que le hayamos hecho a usted si nos autorizado para realizar dicha transmisión, a los miembros de la familia o amigos involucrados en su cuidado, o para propósitos de notificación, para la seguridad nacional o inteligencia, a hacer cumplir la ley (conforme a lo dispuesto en la regla de privacidad) o los establecimientos penitenciarios, como parte de un conjunto de datos limitados divulgación. Usted tiene el derecho a recibir información específica con respecto a estas revelaciones que tienen lugar después del 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación o va de incumplimiento de su información de salud protegida sin garantía que exige la ley HIPAA.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha acordado aceptar este aviso electrónicamente.

### 3. QUEJAS

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Atención: Oficial de Privacidad  
9145 W Thunderbird Rd.  
Peoria, AZ 85381





## Notificación de medicación

Estimado paciente;

Phoenix Medical Group no proporciona el manejo continuo de dolor crónico mediante el uso de opioides u otras sustancias controladas. Los pacientes que necesiten estos servicios serán referidos al proveedor de atención médica apropiado.

Debido a que los opiáceos causan dependencia física cuando se toman con regularidad, es posible que experimente síntomas de abstinencia cuando disminuya o deje de tomar los medicamentos. Es posible que proporcionemos medicamentos que no sean opiáceos para minimizar los síntomas de abstinencia. Por favor siga las instrucciones proporcionadas para disminuir los medicamentos. No proporcionamos medicamentos opiáceos para cerrar las brechas en el cuidado o si ha sido liberado de un centro de manejo del dolor.

Nuestra meta en Phoenix Medical Group es proporcionar el mejor cuidado a nuestros pacientes.

He leído y entiendo la notificación de la medicación arriba. Soy el paciente, el padre de un niño menor de edad, o el representante legalmente autorizado del paciente y estoy autorizado a actuar en nombre del paciente y firmar este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del paciente (impreso)

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha