



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido de paciente, Nombre		Edad	Fecha De Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección, ciudad, estado, código postal				
Dirección postal Ciudad, estado, código postal <input type="checkbox"/> mismo que arriba				
teléfono de casa	Teléfono móvil	Email	Número de seguridad social	

## ADDITIONAL INFORMATION

Consentimiento de historial de farmacia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Etnicidad	Consentimiento para recit llamadas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nombre de la farmacia, teléfono, fax		Consentimiento para recit mensajes de texto <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nombre, teléfono, fax del médico de atención primaria anterior		

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO EMERGENCIA

Apellido, Nombre	Relación al paciente	Número
------------------	----------------------	--------

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

NOmbre	Número de ID	Numero de Telefono
--------	--------------	--------------------

## AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a los proveedores de Jonah Medical Group a ser médicos de cabecera y a administrarme cualquier examen, tratamiento y medicamentos que consideren terapéuticos para mi queja actual. Por la presente autorizo a Jonah Medical Group a proporcionar información a mis compañías de seguros con respecto a esta enfermedad y por la presente cedo irrevocablemente a los proveedores todos los pagos por servicios médicos.

Nombre del paciente (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

Nombre de padre o madre / tutor (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (SOLICITAR EXPEDIENTES)

Esta autorización permite que los proveedores de atención médica nombrados a continuación divulguen información y registros médicos confidenciales.

Por la presente autorizo: \_\_\_\_\_

**Proveedor / Centro de atención médica**

divulgar información sobre mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidas radiografías, correspondencia y / o registros médicos, incluidos los de mis otros proveedores de atención médica, que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente pueda retener, por medio de correo, fax u otros métodos electrónicos.

La información / registros médicos se utilizarán para el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_

**To: Jonah Medical Group dba Nanoom Medical Group (Phone: 800-821-5675)**

<input type="checkbox"/> LA Jonah	Fax: 213-388-5154	3663 W 6th St #103 Los Angeles, CA 90020
<input type="checkbox"/> LA Westmoreland	Fax: 213-315-5195	866 Westmoreland Blvd #101 Los Angeles, CA 90005
<input type="checkbox"/> Anaheim	Fax: 714-484-3852	408 S Beach Blvd #204 Anaheim, CA 92804
<input type="checkbox"/> Diamond Bar	Fax: 909-480-0201	20627 Golden Springs Dr #1B Diamond Bar, CA 91789
<input type="checkbox"/> Victorville	Fax: 760-552-4472	15095 Amargosa Drive, #102 Victorville, CA 92394

Esta autorización es:

Ilimitado (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, diagnóstico / tratamiento del VIH)

Limitado a la siguiente información médica:

\_\_\_\_\_

También doy mi consentimiento para la divulgación de los siguientes registros (escriba sus iniciales):

\_\_\_\_\_ Abuso de drogas / alcohol / sustancias    \_\_\_\_\_ Salud psiquiátrica / mental    \_\_\_\_\_ Anticuerpos contra el VIH

\_\_\_\_\_ Diagnóstico / tratamiento del VIH    \_\_\_\_\_ Información genética

## DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá vigente hasta: \_\_\_\_\_  
Fecha

## RESTRICCIONES

No se otorgan permisos para un uso posterior o divulgación de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Me han informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN MÉDICA  
(LIBERAR REGISTROS)**

Esta autorización permite que los proveedores de atención médica que se mencionan a continuación divulguen información y registros médicos confidenciales.

*Nota: La información y los registros relacionados con el tratamiento de menores, el VIH, las afecciones psiquiátricas / de salud mental o el abuso de alcohol / sustancias tienen reglas especiales que requieren una autorización específica.*

Por la presente autorizo a los siguientes médicos:

Edwin Choi MD    Jun Chung MD    Daesoon Leem MD    Eun Shin MD

Divulgar información sobre mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidas radiografías, correspondencia y / o registros médicos, incluidos los de mis otros proveedores de atención médica que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente pueda retener, por medio de correo, fax u otros métodos electrónicos.

La información / registros médicos se utilizarán para el siguiente propósito:

---

Esta autorización es:

Ilimitado

(Todos los registros, excepto el abuso de sustancias, la salud mental, el diagnóstico / tratamiento del VIH)

Limitado a la siguiente información médica:

---

**DURACIÓN**

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá vigente hasta: \_\_\_\_\_  
Fecha



## RESTRICCIONES

No se otorgan permisos para un uso posterior o divulgación de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Me han informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

---

Nombre del paciente (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

---

Nombre del padre / tutor (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

---

Número de seguro social del paciente

---

Fecha de nacimiento del paciente

---

Testigo Nombre (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

---

<input type="checkbox"/> <b>LA Jonah</b>	Fax: 213-388-5154	3663 W 6th St #103, Los Angeles, CA 90020
<input type="checkbox"/> <b>LA Westmoreland</b>	Fax: 213-315-5195	866 Westmoreland Blvd #101, Los Angeles, CA 90005
<input type="checkbox"/> <b>Anaheim</b>	Fax: 714-484-3852	408 S Beach Blvd #204, Anaheim, CA 92804
<input type="checkbox"/> <b>Diamond Bar</b>	Fax: 909-480-0201	20627 Golden Springs Dr #1B, Diamond Bar, CA 91789
<input type="checkbox"/> <b>Victorville</b>	Fax: 760-552-4472	15095 Amargosa Drive, #102, Victorville, CA 92394

---

For questions, please contact Jonah Medical Group · Nanoom Medical Group at (800) 821-5675.



## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares como su cónyuge, pareja, padres o hijos llamen y soliciten el resultado de las pruebas, los procedimientos y la información financiera. Bajo los requisitos para H.I.P.A.A. no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica, los resultados de las pruebas de diagnóstico y / o la información financiera se divulgue a algún miembro de la familia, debe firmar este formulario.

Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, marcando la casilla a continuación. Asegúrese de validar su solicitud imprimiendo y firmando su nombre a continuación.

**No divulgue ninguna información.**

**Autorizo a Jonah Medical Group · Nanoom Medical Group a divulgar mis registros y cualquier información solicitada a las siguientes personas:**

1. \_\_\_\_\_ **Relación a Paciente:** \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ **Relación a Paciente:** \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ **Relación a Paciente:** \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ **Relación a Paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor (IMPRESIÓN) / Firma / Fecha



## **TU INFORMACIÓN. TUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

**Por favor revíselo cuidadosamente.**

### ➤ **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud.
- Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### ➤ **Solicitar comunicación confidencial**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica, por ejemplo, casa, oficina, teléfono celular o correo electrónico.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

### ➤ **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.



➤ **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones que haya solicitado.
- Le proporcionaremos 1 año de contabilidad de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.
- Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación.
- Debemos cumplir con muchas condiciones por ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información, ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

➤ **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha optado por recibirlo electrónicamente.

➤ **Elija a alguien para que actúe por usted**

- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Verificaremos que la persona designada tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre.

➤ **Presentar una denuncia si considera que se violan sus derechos**

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).





- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

➤ **Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?**

- Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

➤ **Tratarte**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

➤ **Dirigir nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

➤ **Facturar por sus servicios**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

➤ **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona



➤ **Investigar**

- Podemos usar o compartir su información para fines de investigación médica.

➤ **Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

➤ **Atender solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

➤ **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

➤ **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

➤ **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

# CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Jonah Medical Group, Inc. se ha ofrecido a comunicarse con el paciente y/o el padre/tutor mediante los siguientes medios de comunicación electrónica [marque todo lo que corresponda]:

- Email
- Texto
- Video
- Portal del paciente
- Otro (Por favor especifica): \_\_\_\_\_

Jonah Medical Group, Inc. utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida mediante estos métodos. El médico no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones electrónicas; sin embargo, tenga en cuenta que Jonah Medical Group cumple con la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA) y las reglas de privacidad de HIPAA según lo dispuesto por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

## Reconocimiento y acuerdo del paciente:

Reconozco que he leído y entiendo completamente los riesgos, las limitaciones, las condiciones de uso y las instrucciones de uso de los métodos de comunicación electrónica seleccionados como se describe en el Apéndice A.

Doy mi consentimiento a las condiciones y seguiré las instrucciones descritas en el Apéndice A, así como cualquier otra condición que el Médico o el personal del Médico pueda imponer en las comunicaciones con los pacientes que utilizan dicho(s) método(s).

Reconozco y comprendo que, a pesar de las recomendaciones de que se use software de encriptación como mecanismo de seguridad para las comunicaciones electrónicas, es posible que las comunicaciones con el Médico o el personal del Médico que utilizan estos métodos no estén encriptadas.

A pesar de esto, acepto comunicarme con el Médico o el personal del Médico que utiliza estos métodos con una comprensión completa del riesgo.

Reconozco que yo, el Médico o el personal del Médico podemos retirar en cualquier momento la opción de comunicarnos electrónicamente a través de estos métodos al proporcionar un aviso verbal o escrito.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, diríjase al médico o al personal del médico antes de firmar a continuación.

\_\_\_\_\_  
Dirección del paciente

\_\_\_\_\_  
Paciente Email

\_\_\_\_\_  
Paciente Telefono de casa

\_\_\_\_\_  
Patient Telefono Cellular

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de imprenta)/firma, fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (letra de imprenta)/firma, fecha