



## 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
<input type="checkbox"/> Cerritos	Fax: 562-809-2672	12506 South Street, Cerritos CA 90703

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  
 HongWoo Song DO     Jeehoon Jang 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
<input type="checkbox"/> <b>Cerritos</b>	Fax: 562-809-2672	12506 South Street, Cerritos CA 90703

---

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 divulge 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

## CERTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA DEL PACIENTE

Este formulario busca el consentimiento para que Jonah Medical Group (Nanoom Medical Group) tome fotografías a través de un médico o un representante.

Al firmar este formulario, el paciente afirma que las imágenes se pueden utilizar con fines de registros médicos electrónicos para garantizar una identificación adecuada.

Usted acepta que no recibirá ningún tipo de compensación en efectivo o en especie.

Su negativa a dar su consentimiento para la divulgación de sus fotografías no afectará de ninguna manera la atención médica que recibirá.

No se otorga permiso para el uso o la divulgación de esta información a menos que se obtenga otra autorización de mí o a menos que la ley exija o permita específicamente dicha divulgación.

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

Autorizo el uso de Fotografías para lo siguiente:  Aceptar  Rechazar

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta) / Firma / Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) / Firma / Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Paciente

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de imprenta) / 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
<input type="checkbox"/> <b>Cerritos</b>	Fax: 562-809-2672	12506 South Street, Cerritos CA 90703

---

Si tiene preguntas, comuníquese con Jonah Medical Group · Nanoom Medical Group (800) 821-5675.