



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Hombre/ Mujer (circule uno) Estado Civil (circule uno): Casado (a) Soltero (a) Viudo (a)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel Móvil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Cómo encontró nuestra práctica?: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo \_\_\_\_\_

El Asegurado, si no es el paciente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento de la persona: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Seguro Principal: \_\_\_\_\_ Tel de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Tel de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION Y MISION DE LOS BENEFICOS**

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para poder procesar reclamos a mi seguro médico. Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo autorizo que la Dra. Husna R. Baksh solicite los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por ella. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se hace directamente al Dr. R. Husna Baksh

Esta información es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo comprendo que yo soy responsable por pagar todos los servicios prestados, incluyendo honorarios, gastos razonables de abogados y costo de colecciones en caso de incumplimiento.

Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar de la original



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **POLIZA FINANCIERA**

### **Bienvenidos a Healthy Steps**

Gracias por la confianza que ha depositado en nosotros al elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y a que su tratamiento sea exitoso. Sin embargo, su comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, comprenda que el pago de sus gastos médicos se considera parte de su tratamiento general. Con el fin de mantener los costos de atención médica a un mínimo absoluto y permitir que continuemos abiertos para servirles, hemos actualizado nuestra Política Financiera. **Por favor lea y firme lo siguiente antes de cualquier tratamiento.**

### **Citas Médicas**

Si usted tiene un saldo pendiente de \$ 500 o más, deberá pagar el saldo completo o crear un plan de pago dentro de 30 días antes de poder obtener una cita. Puede ser visto solo en situaciones de emergencia dentro de esos 30 días.

Iniciales \_\_\_\_\_

Si necesita cancelar o cambiar su cita, requerimos que nos notifique por lo menos 24 horas antes de su cita para evitar el cargo de cancelación de citas. Tenemos una demanda grande para citas médicas, por lo tanto venir a su cita a tiempo es crucial. No recibir la llamada de recordatorio no es una razón válida para no venir a su cita ya que esta es una llamada de *cortesía* a usted. Si usted llega 10 minutos tarde (o más), usted ha perdido su cita. Si el horario lo permite, será agregado al horario del día como un “add-on” o programaremos su cita para una disponibilidad más tarde. Si no se puede añadir al horario del día, recibirá uno de los siguientes cargos:

**\$50** para citas entre Lunes – Viernes

**\$100** para citas hechas los Sábados

Esta póliza es necesaria porque nos permite acomodar y ver a todos nuestros pacientes a tiempo y proveer citas a pacientes con necesidad. *Si usted pierde citas excesivamente, puede resultar en una acumulación de cargos en su cuenta y puede ser despedido de la práctica.*

### **Cargos y Pagos**

Los cargos por visita son estandarizados y se basan en la complejidad de su visita o procedimientos que se realizan. Se requiere el pago del “co-pay” y cualquier saldo pendiente en el momento de venir a su cita. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, American Express o MasterCard. Aunque la presentación de reclamos a su seguro es una cortesía que extendamos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios. Para que podamos presentar un reclamo, debe presentar una copia actual de su tarjeta de seguro en cada visita y comunicar cualquier cambio en su información de contacto personal a nuestra oficina lo más pronto posible.

Iniciales \_\_\_\_\_

La mayoría de las pólizas de seguros especifican que algunos de los costos de la atención del paciente es responsabilidad del paciente. Esto se puede lograr a través de cualquier combinación de los copagos, coseguros o deducibles. Los copagos son debidos al presentarse para su cita. El coseguro y los deducibles son determinados por su compañía de seguros y se nos informa a través de una explicación de beneficios. Una vez que se nos notifique, agregaremos los cargos correspondientes a su cuenta y le enviaremos una factura (que se debe pagar en



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

cuanto sea recibido). Una vez que se reciba su pago, que se aplicaran automáticamente a cargos específicos en su cuenta.

## **Planes de Seguro**

La cobertura de su seguro es un contrato entre usted, su empleador, y la compañía de seguro. Nosotros no somos parte del contrato. Debemos enfatizar que como su médico, nuestra relación profesional es con usted y no con su compañía de seguro. Antes de su visita, por favor comuníquese con su seguro para verificar que el proveedor con quien tiene cita y los servicios que usted intenta recibir será cubierto. In adición, porque algunos planes de seguro necesitan una pre certificación y/o referidos de su médico primario antes de su visita (como al ver a un especialista), por favor pregúntele a su seguro si son necesarios y pídalos durante su visita. No todos los servicios son cubiertos en todos los planes, entonces es muy importante que usted entienda las provisiones de su póliza individual (no todos los planes son iguales). Algunas compañías de seguro arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no son cubiertos, por lo tanto, nosotros no podemos garantizar pagos de todos los reclamos a su seguro. Si su seguro pago una porción de los reclamos o rechazaron su reclamo, ellos van a notificarle por medio de una explicación de benéficos. Reducciones o rechazos del reclamo por su seguro no significa que su obligación financiera se absuelve.

Iniciales \_\_\_\_\_

## **Falta de Pagos a Cuentas Pendientes**

Las cuentas que no se pagan dentro de 90 días o que superan los \$ 500 se pueden enviar a una agencia de cobros/colección externa y reportados a las agencias de crédito. Ser enviado a colecciones y / o tener una cuenta de más de \$ 500 no pagado en su totalidad (o en un plan de pago) dentro de 30 días puede causar que usted sea despedido de la práctica. Además de su saldo pendiente, también puede ser responsable de todas las comisiones y/o gastos que ocasionen a la agencia de cobro externa al intentar cobrar su saldo.

Iniciales \_\_\_\_\_

## **Plan de Pagos**

Es muy importante que se comunique con nosotros si usted está teniendo dificultades financieras para que podamos saber cómo ayudarle mejor. Por favor avísenos tan pronto sea posible para establecer un plan de pago por teléfono o establecer uno en la oficina directamente. Si usted tiene un saldo de más de \$ 500, usted puede recibir un descuento del 10% sobre el saldo si se paga en su totalidad. Los planes de pago están sujetos a una tasa de interés mensual del 5%.

Iniciales \_\_\_\_\_

## **Pólizas Administrativas**

### Póliza de Formularios:

Si usted necesita que un formulario sea llenado y firmado por alguno de nuestros proveedores, se requiere que haga una cita. Por nuestra filosofía acerca de su atención médica general, todos los formularios médico-legales son manejados con el mayor nivel de atención. Al llenar sus formularios durante su cita nos permite evitar errores y usted podrá tener sus formas completas lo más pronto posible. Es su responsabilidad traernos los formulario necesarios con suficiente anticipación ya que información adicional y / o exámenes pueden ser necesarios antes de obtener una firma de un proveedor.



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

Cargos por su Expediente Medico:

De acuerdo con las leyes del Estado de Maryland y leyes nacionales de HIPAA, si usted desea una copia de su expediente médico, usted debe llenar el formulario "Autorización para la Divulgación de Información Médica." La divulgación de esta información médica está sujeta a una cuota de copias (cobrado por página y envío / manejo si es aplicable). La lista de cargos por página está disponible bajo petición. Si un médico colaborador (de atención primaria o especialista) solicita porciones de su expediente para ayudar en su cuidado directo, no hay ningún cargo que aplique.

Cargos de Cheques Retornados:

Cheques que regresan indicando que no hay fondos suficientes son sujetos a un cargo adicional de \$30 (además de posibles cargos bancarios).

**Certifico que he leído y entendido la póliza financiera, he tenido la oportunidad de hacer mis preguntas y me las han contestado. Me comprometo a cumplir con la póliza establecida por Healthy Steps.**

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma de Personal Médico: \_\_\_\_\_



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

## **LLAVES PARA EL EXITO DE SALUD COMPLETA EN HEALTHY STEPS**

1. Traiga una lista de las cosas que desea hablar con la Doctora y nosotros le vamos a dar prioridad a las cosas más importantes que podamos cubrir en su visita. Tal vez sea necesario que haga otra cita para evaluar todas sus preocupaciones. De otra manera tal vez todos los detalles de su lista estén asociados a un problema específico y los detalles nos ayudaran a servirle mejor.
2. Por favor asegúrese de hacer su próxima cita antes de irse, especialmente si hemos ordenado algún examen especial. Nuestro calendario se llena muy rápidamente.
3. Asegúrese de hacer todos los exámenes que le hemos ordenado.
4. En cualquier momento que tenga alguna pregunta es más fácil para nosotros si lo hace por correo electrónico, porque de esta manera lo podemos localizar más fácilmente y podemos poner todas sus preocupaciones en su historial médico. Llámenos si es urgente o si usted no tiene correo electrónico.
5. Muchas veces le hacemos la misma pregunta varias veces. Hemos notado que repitiendo la pregunta ayuda al paciente a pensar más en su historia y así poder llegar a una mejor respuesta. A veces necesitamos que nos recuerde ciertos detalles sobre su salud y hemos descubierto que la repetición es un componente clave de comunicación, que es necesario para darle un mejor cuidado.
6. Si usted se ha hecho un examen especial o ha visto a un especialista por favor haga una nota de ello con fecha, nombre y número de teléfono del especialista o examen. Un calendario o folder es una buena forma de mantener información sobre su salud y le ayudara también a localizar resultados o información que nosotros no tenemos.
7. Si usted es un paciente nuevo por favor asegúrese de que nosotros obtengamos su historia médica pasada, para poder ayudarle de la mejor manera posible. El revisar su historia médica con usted nos dará la oportunidad de hacer preguntas para clarificar sus problemas y darle un mejor cuidado.



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

8. Si usted es un paciente actual y fue a la sala de emergencia, a un centro de urgencia, un especialista, hizo una radiología o examen de sangre, por favor asegúrese de traer sus resultados o pedir que nos los manden.
9. Por favor díganos que debemos cambiar para que usted tenga una mejor visita.
10. Díganos que le ha gustado de su visita.
11. Si tiene alguna información nueva acerca de su salud (alergias, diagnóstico de cáncer, infarto o derrame cerebral en usted u otro miembro de su familia) por favor déjenos saber por correo electrónico [questions@myhealthysteps.net](mailto:questions@myhealthysteps.net) , mándenos una carta o en su próxima visita.
12. NUNCA ASUMA que porque no le hemos llamado acerca de los resultados de sus exámenes, que son negativos. Nosotros le damos una cita para revisar los resultados de sus exámenes para que nada se nos escape. Por favor asegúrese de venir a estas citas para que podamos cerrar el círculo de las preguntas que tenía en su visita anterior.
13. TRAIGA todas sus botellas de medicina a TODAS sus visitas para prevenir doble medicina y para verificar interacciones con otras medicinas.

En Healthy Steps creemos firmemente en la participación del paciente en el cuidado de su salud. Si usted sigue todos estos pasos su salud estará en buen cuidado. Por favor déjenos saber si tiene alguna otra idea o alguna pregunta acerca de lo que hemos escrito aquí.

Yo comprendo y acepto los pasos para “las llaves para el éxito de salud completa”

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

## **POLIZA DE REFILLS DE MEDICAMENTOS**

Errores de medicamentos son una causa de daño PREVENIBLE al paciente.

Para proteger a nuestros pacientes, requerimos seguir la siguiente póliza:

- 1) Toda autorización para refills de medicamentos se basa en que sus laboratorios o visitas de seguimiento indicadas por los proveedores médicos estén al día. Si usted no está al día con cualquier de estos 2 requisitos, estaremos contentos de darle una cita lo más pronto posible para asegurarnos de que no hayan cambios en su salud.
- 2) Se les recomienda que todo pedido de refill de medicamentos se haga como parte de sus visitas de rutina después de una revisión cuidadosa de sus laboratorios. Dependiendo en su estado de salud, usted puede ser requerido hacerse exámenes de laboratorio periódicamente (cada 30 días, 3-6 meses o cada año).
- 3) Le recomendamos que traiga todos sus frascos de medicamentos a sus visitas de manera que podamos asegurar que usted está tomando la medicina adecuada (dosis e instrucciones) y para asegurarnos de que le demos suficientes refills para que no se quede sin medicina antes de su próxima visita programada.
- 4) Por favor, no espere a pedir refills de sus recetas una vez que haya (o esté a punto) de quedarse sin sus medicamentos. Tenemos un período estándar de 48 a 72 horas en la que su solicitud de refills será revisada y autorizada.

Cuando usted se compromete a seguir nuestra póliza:

- 1) Nos ayuda a que podamos protegerlo mejor.
- 2) Nos ayuda disminuir errores en sus medicamentos.
- 3) Nos ayuda prevenir lapsos en su régimen de medicamentos.
- 4) Nos ayuda enfocar nuestro tiempo en la oficina en los pacientes que tienen citas y esperan que los atendamos a tiempo, en lugar de tener nuestro personal alejarse para procesar solicitudes de recetas, que requieren tiempo y una evaluación significativa como se señaló anteriormente.

Por favor ayúdenos a respetar el tiempo de nuestros pacientes que han tomado su tiempo para hacer citas in y a prevenir lapsos en sus medicinas al adherir a la póliza descrita.

**He leído y me comprometo a seguir la Póliza de Refills de Medicamentos de Healthy Steps.**



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

---

Nombre del Paciente

---

Fecha

---

Firma del Paciente

### **PRIVACIDAD Y COMUNICACION APROPRIADA**

Para reducir los errores médicos, y por la misión del Instituto de Medicina, estamos obteniendo fotos de nuestros pacientes para sus expedientes. Por favor ayúdenos a prevenir el robo de identidad y uso inapropiado de seguros médicos y permítanos tomar su foto hoy. Su foto formará parte de su información demográfica y estará disponible para el personal *interno* de la oficina y sólo para fines de seguridad.

\_\_\_\_ Estoy permitiendo que mi foto sea tomada hoy por la seguridad de mi expediente e información de salud.

También tenemos como objetivo proteger su información a través de llamadas telefónicas y mensajes dejados en donde nuestro personal de la oficina trata de contactarlo. Por favor proporcione el número de teléfono preferido donde los mensajes se pueden dejar con respecto a su información de salud.

\_\_\_\_ Doy permiso para que Healthy Steps deje mensajes detallados con información de mi salud médica, si lo es necesario, en el siguiente número(s) de teléfono:  
\_\_\_\_\_ (por favor indique: casa / trabajo / celular)

\_\_\_\_ Yo no doy permiso para que Healthy Steps deje mensajes detallados con información médica, aunque sea necesario, en cualquiera de mis números de teléfono en el expediente. Solo permito mensajes generales pidiendo una llamada.

### **METODOS APROPIADOS DE COMUNICACION:**

Ahora tenemos un sistema seguro en línea ("*Patient Portal*") que permite que usted nos envíe mensajes electrónicos con preguntas de rutina y le da un mayor acceso a su información médica. Podrá solicitar refills de medicamentos, pedir citas, comunicarse con el personal clínico y ver copias de sus resultados de laboratorio. Esta es una manera segura de ponerse en contacto con nosotros y toda la comunicación se convierte en parte de su expediente médico. Puede visitar <https://3119.portal.athenahealth.com/> para registrarse.

Por favor NO mande preguntas o pedidos **urgentes** por medio del *Patient Portal*. Esto incluye preguntas relacionándose con: dolores de pecho, mareos, falta de respiración, náusea, vómitos, diarrea u otras preguntas que usted crea que sean urgentes. Para preguntas o citas urgentes, llame al 301-593-6072 para hablar con nuestro personal clínico.





**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

Reconozco que he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento. Si tengo alguna pregunta, puedo consultar con mi médico tratante.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

## **Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad de Healthy Steps**

*Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor notifique a la Dr. Husna Baksh, Oficial de Privacidad.*

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso 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, los servicios de salud o de condición y de salud relacionados físicas o mentales, presentes o futuros.

### **USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y revelaciones de su información de salud protegida que el consultorio de su médico está autorizado a hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y revelaciones que pueden ser hechos por nuestra oficina.

**Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con otro proveedor. También divulgaremos 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 tratar de usted.

**Pago:** Su información de salud protegida será utilizada y divulgada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica 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, revisar los servicios proporcionados a usted por necesidad médica, y la realización de actividades de revisión de utilización.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar o revelar, 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 están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, las licencias, las actividades de recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas.



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

Podemos usar o divulgar su información protegida de salud, sin embargo, en ciertas situaciones *sin* su autorización. Estas situaciones incluyen, si es necesario y autorizado por la ley, divulgaciones a los fines de la prevención de la salud pública / enfermedad transmisible y / o si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica (a las autoridades apropiadas) . Si se vende esta práctica, la información pasará a ser propiedad del nuevo dueño.

A excepción de lo descrito anteriormente, esta práctica no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización previa por escrito. Usted puede solicitar por escrito que no usemos o divulguemos su información de salud como se describe anteriormente. Nosotros le haremos saber si podemos cumplir con su solicitud.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o divulgación que hacemos de su información de salud más allá de los usos normales.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Por favor, consulte nuestra póliza de records médicos para obtener más información sobre cómo presentar su solicitud.

Con pocas excepciones, Ud. tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información médica. Por favor entréguenos una solicitud por escrito de la información que desea ver. Si también desea una copia de su historia médica, podemos cobrarle una cantidad razonable por las copias.

Ud. tiene el derecho de solicitar una enmienda o corrección a su información médica. Entréguenos por escrito su pedido que efectuemos cambios. Si desea incluir una declaración en su archivo, sírvase entregarla por escrito. Puede que hagamos o no hagamos los cambios que Ud. nos pida, pero con mucho gusto incluiremos su declaración en su archivo. Si acordamos hacer una modificación o un cambio, no quitaremos ni alteraremos los documentos anteriores pero añadiremos la nueva información. Ud. tiene el derecho de recibir una copia de esta notificación.

Si llegáramos a cambiar cualquier término de esta notificación, se lo comunicaremos por escrito.

Ud. puede presentar quejas ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales, 200 Independence Avenue, S. W., Room #509-F, Washington, DC 20201. Ud. no sufrirá ninguna represaría por haber presentado un reclamo.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para más información y ayuda sobre la privacidad de su información médica, por favor póngase en contacto con nuestra Oficial de Privacidad, Husna R. Baksh, M.D., P. C., al (301) 593-6072.

**\*Cambios a partir de Agosto, 2011\***

**Para hacer su cuidado de salud en Healthy Steps más completo y eficiente, hemos decidido participar con CRISP (el Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc, por sus siglas en ingles), un intercambio de información de salud a través del estado de Maryland. La ley permite que su información de salud de hospitales locales sea compartida en este intercambio en las que participan varias organizaciones de salud. Al participar en este intercambio, Healthy Steps podrá obtener sus records e**



**Husna R. Baksh, M.D., P.C.**  
**Leslee McElrath, M.D.**  
**J. Raj Matta PA-C, MPAS, DHSc**  
**Ann Ruffalo, PA-C**  
**Michala Jorrin, CRNP**  
10750 Columbia Pike, Suite 401  
Silver Spring, MD 20901  
Phone: (301) 593-6072 Fax: (866) 382-1197  
[www.myhealthysteps.net](http://www.myhealthysteps.net)

**información de su hospitalización mas reciente con más rapidez y así proveerle excelente cuidado de salud. Usted puede optar no dar acceso a esta información crítica que esté disponible a través de CRISP llamando al 1-800-952-7477 o completando y entregando una forma de acceso directamente a CRISP por correo, fax o por su página de internet [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org). Por favor notifique a nuestras recepcionistas si desea no dar acceso a esta información y se le dará más información.**

Esta notificación entra en vigencia a partir del 14 de abril de 2003. **\*Modificado 9 de Agosto, 2011\***

Reconocimiento: He leído la notificación sobre las prácticas de confidencialidad de Healthy Steps. Si es necesario, solicitaré una copia.

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

Gracias, Personal de Healthy Steps