



CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS PACIENTES

Apellido _____ Primero nombre _____ Inicial Mediano _____

SSN _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M H

Direccion: _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

Raza (Caucasian/Hispanic/Asian) _____ Idioma Primario _____

Etnia (American/Mexican/German) _____

Como le podemos contactar nosotros? Telefono en Casa Telefono Celular

Podemos dejar un mensaje detallado? Si No

Estado Civil: S M E D fuma?: Si No

Telefono en Casa _____ Telefono Celular _____ Telefono del trabajo _____

Envie por Correo Electronico Direccion

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Proveedor Primario de Cuidado _____ Telefono _____

Referirse a Proveedor _____ Telefono _____

Metodo preferido de Recordatorio de Cita: Telefono Correo Correo Electronico Texto

Jubilado: Si No Ocupacion u oficio antiguo _____

Nombre **Primario** de Seguro: _____

Nombre Primario de Poseedor de Seguro _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion _____

Nombre **Secundario** de Seguro: _____

Nombre secundario de Poseedor de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion _____

LA TAREA DE BENEFICIOS

Yo por la presente autorizo mis beneficios para ser pagados directamente a la Biltmore Cardiology, PLLC y yo soy financieramente responsable de servicios de no-cubrio y/o equilibrios pagado por el portador de seguro. Yo tambien autorizo la liberacion de mi informacion necesaria a procesar estos reclamos. Le autorizo a darme mi cuidado medico, inclusive diagnostic y/o tratamiento.

La firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre Representativo Legal

Relacion al Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Ocupacion: _____ Jubilado Y or N Si jubilada, ocupacion anterior: _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Enviudado Nombre del Conyuge _____

Referirse a Medico: _____

Razon para la visita: _____

Medicinas

Nombre local de farmacia: _____ Telefono: _____

Principales Calles Transveisales: _____ y _____

Nombre de Farmacia de Venta Por Correo: _____

Liste por favor las medicinas que usted toma actualmente:

| Droga | Dosis | Con que frecuencia por dia? |
|-------|-------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Liste por favor cualquier alergias de droga/medicina:

| Droga | Reaccion |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |

LAS ALERGIAS ADICIONALES (alimento, cinta adhesive, tinte deradiografia, el latex, etc.) Si No

Alergia

Reaccion

Cirugias y Procedimientos

Cirugia Cardiaca

Si No

(es decir bypass coronario, reemplazo de valvula, el trasplante, etc)

Cirugia _____

Facilidad _____

Fecha _____

Cirugia Vascolar

Si No

(es decir injerto de bypass, la andioplastia, stents, etc)

Cirugia _____

Facilidad _____

Fecha _____

Procedimientos/intervencion cardiovascular Si No

(es decir cath/angiogramas, stents, PTCA, etc)

Cirugia _____

Facilidad _____

Fecha _____

Tiene dificultad con anesthesia ? Si No

Otras cirugias:

Tipo: _____

Facilidad _____

Fecha _____

Tipo: _____

Facilidad _____

Fecha _____

La Historia y el riesgo Personales Tienen en Cuenta

Fuma? Si No

Si si, que _____ Cuanto _____ cn que frecuencia _____

Ha sido diagnosticado con cualquiera del siguiente?

Diabetes Si No Cuando: _____

La hipertension (alto sangre presion) Si No Cuando: _____

Dyslipidemia (los lipidos aumentados en la sangre) Si No Cuando: _____

Enfermedad Vascolar Periferica Si No Cuando: _____

La historia familiar de la enfermedad coronaria de arteria)? Si No Inseguro **Adoptivo?** Si No

Enfermedad de valvula de corazon Si No Cuando: _____

Desorden de tiroides Si No Cuando: _____

Tendencias sangrientas Si No Cuando: _____

Problemas de rinon Si No Cuando: _____

Enfermedad pulmonar Si No Cuando: _____

Golpe Si No Cuando: _____

El infarto (Infarto de miocardio) Si No Cuando: _____

Alguna vez has experiencia o han sido diagnosticado con::

| | | | |
|---|----|----|--------------|
| Las palpitaciones (compitiendo Corazon o ritmos saltados) | Si | No | Cuando_____ |
| Desmayar | Si | No | Cuando:_____ |
| Cercano-desmayando | Si | No | Cuando:_____ |
| Paro Cardiac | Si | No | Cuando:_____ |
| Falta de Alilento | Si | No | Cuando:_____ |
| Molestia de Pecho | Si | No | Cuando:_____ |
| Hinchazon de Pierna | Si | No | Cuando:_____ |
| Insuficiencia cardiac congestiva | Si | No | Cuando:_____ |

Historia Familiar

Madre Vivo(edad)_____ Difunto _____ Causa_____

Problemas de salud:_____

Padre Vivo(edad)_____ Difunto _____ Causa_____

Problemas de salud:_____

Hermano Vivo(edad)_____ Difunto _____ Causa_____

Problemas de salud:_____

Hermana Vivo(edad)_____ Difunto _____ Causa_____

Problemas de salud:_____

Nino Vivo(edad)_____ Difunto _____ Causa_____

Problemas de salud:_____

Nino Vivo(edad)_____ Difunto _____ Causa_____

Problemas de salud:_____

Historia Social

Tiene una Directiva Avanzada, Viviendo Hace o poder de asistencia sanitaria? Si No

Sigue una dieta especial? Si No Si si, que? _____

Ejercita? Si No Si Si, lo que y con que frecuencia? _____

Uso de alcohol : Corriente Cuanto y con que frecuencia? _____

Nunca

Anterior El ano deajo _____

Fuma? Si No Si si, que _____ cuanto _____ con que frecuencia _____

Jamas ha fumado usted? Si No Si si, que _____ cuanto _____ el ano deajo _____

Endroge el uso: Corriente Lo que y con que frecuencia? _____
 Nunca
 Anterior El ano deajo _____

Uso de cafeina: Corriente Lo que y con que frecuencia? _____
 Nunca
 Anterior

La Revision de Sintomas

Sientes actualmente usted cualquiera de los sintomas siguientes: (Verifique pro favor todo que aplica.)

| | | |
|--------------------------|--|---|
| Cardiaco/Vascular | Dolores de pecho o angina <input type="checkbox"/> | Hinchazon de pies, los tobillow o entreg <input type="checkbox"/> |
| | Palpitaciones <input type="checkbox"/> | El dolor de la pierna al andar <input type="checkbox"/> |
| | El sincope (desmayando) <input type="checkbox"/> | Venas varicosas <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--------------|--|---------------------------------|
| Paseo | Cambio reciente de peso <input type="checkbox"/> | Fatiga <input type="checkbox"/> |
|--------------|--|---------------------------------|

| | | |
|---------------------|---|--|
| Respiratorio | Cronica o Frecuente <input type="checkbox"/> | Escupir arriba bloos <input type="checkbox"/> |
| | La falta de aliento en el esfuerzo <input type="checkbox"/> | Falta de aliento parade <input type="checkbox"/> |
| | Asma o resollar <input type="checkbox"/> | Ronquidos <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Gastrointestinal | Perdida de apetito <input type="checkbox"/> | Nausea o vomitar <input type="checkbox"/> |
| | Sangre en el taburete <input type="checkbox"/> | dolor abdominal <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Musculoesqueletal | Dolor conjunto <input type="checkbox"/> | Debilidad del musculo o aflige <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|---|---|

| | | |
|------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Pela/Derm | Erupcion <input type="checkbox"/> | Pele llagas <input type="checkbox"/> |
|------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|

| | | |
|--------------------|--|---|
| Neurologico | Frecuente Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> | Aturdido o mareado <input type="checkbox"/> |
| | Tomas <input type="checkbox"/> | Acaricie o TIA <input type="checkbox"/> |
| | Temblores <input type="checkbox"/> | Perdida de memoria <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---------------------|---|--|
| Psiquiatrico | Nerviosismo o ansiedad <input type="checkbox"/> | Depresion <input type="checkbox"/> |
| | Dificultad que duerme <input type="checkbox"/> | Alucinaciones <input type="checkbox"/> |

| | | |
|----------------------|--|--|
| Genitourinary | Sangre en la orina <input type="checkbox"/> | Frecuente miccion <input type="checkbox"/> |
| | Miccion dolorosa o Ardiente <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|--------------------|---------------------------------|---|
| Hematologia | Anemia <input type="checkbox"/> | Sangrar o magullar tendencia <input type="checkbox"/> |
|--------------------|---------------------------------|---|

| | | |
|--------------|--|---|
| HEENT | Peridida auditiva <input type="checkbox"/> | La vision cambia <input type="checkbox"/> |
|--------------|--|---|

Firma Paciente

Fecha

Nota de Practicas de Intimidad

ESTA NOTA DESCRIBE COMO la SALUD E INFORMACION FINANCIERA SOBRE USTED mayo ES UTILIZADO Y ES REVELADO Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION.

Biltmore Cardiology, PLLC es requerido por la ley a mantener la intimidad de su salud e informacion financier. Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero le debemos proporcionar con la informacion importante siguiente. Biltmore Cardiology, PLLC no utilizara ni revelara su salud protegida e informacion financier sino como descrito en esta nota.

EL TRATAMIENTO: Biltmore Cardiology, PLLC utilizara su salud protegida e informacion financier en la provision y la coordinacion de su asistencia sanitaria. Biltmore Cardiology, PLLC puede reveler todo o cualquier porcion de su salud protegida e informacion financier a su medico que asiste, consultando a medico(s), las enfermeras, los tecnicos, los estudiantes de la medicina y otros proveedores de asistencia medica que tienen una necesida legitima para tal informacion en su cuidado y tratamiento continuado. Por ejemplo, nosotros revelariamos su informacion protegida de la salud como sea necesario, a una agencia en casa de la salud que le proporciona el cuidado a usted o a otros medicos que pueden estar tratando usted.

ALTERNATIVAS de TRATAMIENTO: Biltmore Cardiology, PLLC puede utilizar y puede reveler que su salud protegida e informacion financier para decirle acerca de o recomendar una opcion possible de tratamiento o alternative que pueden ser de interes a usted.

FAMILIAR/AMIGOS: Biltmore Cardiology, PLLC NO puede soltar la salud protegida e informacion financier sobre usted a un amigo o el miembro de la familia sin su consentimiento escrito expresado.

PAGO: Biltmore Cardiology, PLLC puede soltar la salud protegida e informacion financier sobre usted para los fines de alcance determinante, facturar, reclama gestion, procesamiento de datos y errmbolso medicos. La informacion puede ser soltada a una compania de seguros para la coordinacion de beneficios y para obtener pago. Biltmore Cardiology, PLLC les puede proporcionar informacion a ellos acerca de usted y acerca del cuidado dado, que puede incluir copias o extractos de sus historiales medicos, que es necesario para el pago de su cuenta. Por ejemplo, una cuenta enviada a una compania de seguros quizas incluya informacion que identifica usted, su diagnostic, y los procedimeintos y los suministros utilize.

ASISTENCIA SANITARIA RUTINARIA OPERATONS: Biltmore Cardiology, PLLC puede utilizar y puede reveler su salud protegida e informacion financier durante operaciones rutinarias de salud; que incluye, pero no es limitado, a uso possible de un signo en la hoja en el mostrador de inscripcion donde usted sera pedido se firmarle denomina e indica a su medico. Nosotros tambien le podemos llamar por nombre en la recepcion es duando su medico este listo para verle.

TELEFONO CONTACTA: Biltmore Cardiology, PLLC puede utilizar y puede reveler informacion que protegida de salud para recordarle como sea necesario de su cita.

SALUD RELANCIONO el NEGOCIO & SERVICIOS: Biltmore Cardiology, PLLC puede utilizar y puede reveler la salud que protegida e informcion financier para decirle de salud bendficios o servicios relacionados que pueden ser de interes a usted.

NEGOCIO se ASOCIA: Biltmore Cardiology, PLLC puede utilizar y disolse cierta salud protegida y information financier sobre o a socios de negocio. Un socio del negocio es un individuo o la entidad bajo contrato con Biltmore Cardiology, PLLC que necesita el uso y la revelacion de la salud protegida e informacion financier. Por ejemplo, puede incluir, pero no es limitado a, servicios de copia utilizados por Biltmore Cardiology, PLLC para copier historiales medicos, los consultores, los constables, los abogados, transcriptoros y terceros medicos que facturan las companias. Estos socios del negocio tambien tienen la obligacion de proteger la confidencialidad de su informacion protegida de la salud.

AGENCIAS REGULATIVAS: Biltmore Cardiology, PLLC puede reveler su salud protegida e informacion financier a una agencia del desuido del gobierno para actividades autorizada por la ley, incluyendo, pero no limitado a, licensure, la certificacion, las auditorias, las investigaciones y las inspecciones. Ademas, Biltmore Cardiology, PLLC puede reveler su informacion protegida de la salud a ciertas agencias privadas de la salud del desuido como organizaciones de acreditacion.

APLICACION DE LA LEY / LIGITATION: Biltmore Cardiology, PLLC puede reveler su salud protegida e informacion financier para propositos de aplicacion de la ley segun exige la ley o en respuesta a una citacion o el mandato judicial validos.

SANITARIO: Biltmore Cardiology, PLLC segun exige la ley, puede reveler que su salud protegida e informacion financier a autoridades sanitarias o legales cargaron con prevenir o controlar la enfermedad, herida o incapacidad. Por ejemplo, Biltmore Cardiology, PLLC es requerido a reportear la existencia de una enfermedad transmissible, como syndrome adquirido de inmunodeficiencia (SIDA), al Departamento de estado de Arizona de Servicios de Sanidad para proteger la salud y estando bien al gran public.

COMPENSACION de TRABAJADOR: Biltmore Cardiology, PLLC puede soltar la salud protegida e informacion financier sobre usted a su empleador, portador de la compensacion de su trabajador y/o la comision industrial apropiada para bendficios de la compensacion de trabajador o programas semejantes.

EHERCUTI . VETERABIS: Biltmore Cardiology, PLLC puede reveler su informacion protegida y financier como necesario

por autoridades de orden de militares de orden, si es amembé de las fuerzas armadas.

FDA: Biltmore Cardiology, PLLC puede revelar que su información protegida y financiera a una persona o la compañía necesarias por el Alimento y la Administración de la Droga para reportar acontecimientos adversos, el producto deserta o los problemas, desviaciones biológicas de producto, rastrean productos para permitir retiradas de producto, para hacer reparaciones o reemplazos, o para realizar poste marketing vigilancia, como necesario.

PRESOS: Biltmore Cardiology, PLLC puede utilizar su salud protegida e información financiera si es un preso de una facilidad de correccional y su médico creó o recibió su información protegida de la salud en el curso de proporcionar el cuidado a usted.

NECESARIO POR LA LEY: Biltmore Cardiology, PLLC puede revelar la salud que protegida e información financiera sobre usted cuando necesaria hacer así pro la ley. Por ejemplo, Biltmore Cardiology, PLLC puede revelar cierta salud protegida y información financiera a esas personas que tienen una exposición de riesgo relacionada a una enfermedad transmissible, según la ley de Arizona.

PESQUISIDORES, los DIRECTORES DE FUNERARIA Y DONANTES DE ORGANO: Biltmore Cardiology, PLLC puede revelar información protegida de salud a un coroner o el médico encargado de las análisis para propósitos de identificación; determine causa de mortalidad o alé al investigador o médico encargado de las análisis a realizar otros deberes autorizados por la ley. Biltmore Cardiology, PLLC también puede revelar información que protegida de salud a un director de funeraria para llevar a cabo sus deberes. Biltmore Cardiology, PLLC puede revelar tal información en la anticipación razonable de la muerte para el órgano de cadavérico, para el ojo, o para propósitos de donativo de tejido.

OTROS USOS: Cualquier otro uso y las revelaciones no permitido por la ley ni la regulación serán hechos solo con su autorización escrito. Si usted jamás querría revocar su permiso, notifica por favor la oficina por escrito.

DERECHOS de INFORMACION de SALUD: Aunque todos los registros con respecto a su cuidado y el tratamiento médicos obtenidos en Biltmore Cardiology, PLLC sean la propiedad de Biltmore Cardiology, PLLC que tiene el derecho siguiente con respecto a su salud protegida e información financiera:

EL DERECHO A COMUNICACIONES CONFIDENCIALES: Tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su salud protegida e información financiera por medio alternativas o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar que Biltmore Cardiology, PLLC solo le contacta en casa o por correo.

DERECHO de SOLICITAR E INSPECCIONAR UNA COPIA: Tiene el derecho de solicitar que inspección y solicitar que una copia de su salud protegida e información financiera proporcionaron a su médico no cree dijo que información para ser potencialmente

prejudicial a usted o a nuestra recuperación. Un honorario puede ser cargado para estos servicios.

DERECHO A UNA CONTABILIDAD: Tiene el derecho de obtener una declaración de las revelaciones de su salud protegida e información financiera que ocurrieron después de 14 de abril, 2003, como proporcionado por HIPAA Ley del derecho a la intimidad y Regulaciones Federales. Tiene el derecho a una contabilidad libre en un 12 periodo de mes.

DERECHO de ENMENDAR: Tiene el derecho de solicitar una enmienda a su salud protegida y la información financiera según política de intimidad de Biltmore Cardiology, PLLC.

DERECHO de SOLICITAR RESTRICCIONES: Tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de sus historiales médicos, información protegida de salud como proporcionado por la Ley del derecho a la intimidad Federal. Biltmore Cardiology, PLLC puede decidir no honorario su petición.

DERECHO de RECIBIR COPIA DE ESTA NOTA: Tiene el derecho de recibir una copia de papel de esta nota sobre la petición.

DERECHO de REVOCAR AUTORIZACION: Tiene el derecho de revocar su autorización para utilizar o revelar su información protegida y financiera pero hasta el punto que acción ya ha sido tomada basada en la autorización original. Puede hacer así entregando una petición escrito a la oficina de Biltmore Cardiology, PLLC.

PARA MAS INFORMACION O para REPORTEAR UN PROBLEMA

Si tiene preguntas acerca de esta nota o querría información adicional, puede contactar a nuestro Oficial de Intimidad, en el teléfono o la dirección abajo. Si cree que sus derechos de intimidad han sido violados, tiene el derecho de archivar una queja con el Oficial de Intimidad en Biltmore Cardiology, PLLC o con el Secretario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Nosotros no tomaremos acción vengativa contra usted si hace tales quejas..

La información de contacto para ambos es incluida abajo.

U.S. Department of Health and Human Services
Office of the Secretary
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Tel: (202) 619-0257
Toll Free: 1-877-696-6775
<http://www.hhs.gov/contacts>

Biltmore Cardiology, PLLC
Trish Spoerl
Privacy Officer
4444 N. 32nd St.
Suite 175
Phoenix, AZ 85018
Phone:(602) 952-0002
Fax: (602) 224-9119

NOTA DE la DISPONIBILIDAD de PRACTICAS de INTIMIDAD: Esta nota será anunciada con un papel prominente en la oficina donde matrícula ocurre. Será proporcionado una impresión en aquel momento nosotros entregamos primero servicios a usted. Después, puede obtener una copia sobre la petición, y la nota será mantenida en nuestro sitio web para descargar.



POLITICA FINANCIERA

Somos cometidos a le proporcionar con el mayor cuidado posible y somos complacidos para discutir nuestros honorarios profesionales con usted en tiempo. Su compression clara o nuestra Politica Financiera son importantes a nuestra relacion profesional. Pregunte por favor si tiene cualquier pregunta acerca de nuestros honorarios, politica financier o su responsabilidad financier.

SOLICITAREMOS PARA FOTOCOPIAR SUS TARJETAS DE SEGURO PARA SU ARCHIVO.

- **CITAS** – 24 horas advierten deben ser proporcionadas en caso usted no puede acudir a una cita. Debale no proporciona esta nota; una tarifa por cancelacion de \$25 entonces puede ser anadida a su cuenta.
- **REFERENCIAS** – Si su requires de plan una referencia de su medico primario del cuidado, es SU responsabilidad de obtenerlo antes de su cita y tenerlo con usted en aquel momento de su vista. Si su requires de plan una referencia y usted no obtienen uno, sera tenido responsable de las cargas de visita en lleno en aquel momento de servicio.
- **CO-PAGAS** – Por la ley nosotros debemos reunir su portador design la co-paga Este pago es esperado en aquel momento de servicio.. Este preparado por favor para pagar la co-paga en cada visita. Debale no paga en aquel momento de servicio y de nosotros subsiguientemente le enviamos un statement, un honorario administrative de \$20 puede ser anadido a su cuenta.
- **FUERA DE HACER CONTACTOS PLANES** – Sera responsable de cualquier equilibrio que nuestro plan indica como debido en su explicacion de beneficios forma. Ajustaremos las cargas para coincidir con sus cargas Usuales, de costumbre y Razonables de plan. Todos los pacientes seran responsables de su coseguro y franquicia. Si nosotros no participamos con su plan, nosotros enviaremos una cuenta de cortesia a ese portador en su beneficio. Sin embargo, debe ellos no pagan su reclamo dentro de 45 dias; sera responsable de la cantidad llena debida. Debale recibe pago de su portador de seguro, por favor se lo adelanta a la oficina del medico.

***La Autorizacion privada del Seguro para la Tarea de la Liberacion de Beneficios/Informacion:** Yo, el abajo firmante, autoriza pago de beneficios medicos a la **Biltmore Cardiology, PLLC** para cualquier servicio amueblado. Comprendo que soy financieramente responsable de ninguna cantidad no cubrio por mi contrato. Yo tambien autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi soltar a mi compania de seguros (o su agente) informacion con respecot a asistencia medica, el consejo, el tratamiento o los suministros me proporcionaron. Esta informacion sera utilizada para el proposito de evaluar y administrar reclamos de beneficios.*

- **PACIENTED DE SER-PAGA** – El pago es esperado en aquel momento de servicio a menos que otros arreglos financieros hayan sido hechos antes de su visita. Favor de notar: Si ha solicitado AHCCCS y esta en el estatus “Pendiente” y su reuest de AHCCCS es disminuido, volvera al estatus de la ser-paga con esta oficina y el pago en lleno sera requerido or usted.
- **MEDICARE** – Nos someteremos relcamos al Medicare. El paciente sera responsable de la franquicia y el 20% de coseguro, que puede ser facturado a un seguro secundario si tiene uno.

***El Medicare Firma para toda la vida en el Archivo:** Solicito que pago de beneficios autorizados de Medicare es Hecho en mi beneficio a **Biltmore Cardiology, PLLC** para cualquier servicio amueblado a mi. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi soltar al CMS (y sus agents) cualquier informacion para determinar estos bendficios pagaderos para servicios relacionados. Esta informacion sera utilizada para el proposito de evaluar y adminstrar reclamos de beneficios.*

- **LOS PADRES DIVORCIADO/SEPARADOS DE PACIENTES SECUNDARIOS** – El padre que consiente al tratamiento de un nino secundario es responsable de pago de servicios rendidos. Biltmore Cardioloty, PLLC no sera implicado con disputas de separacion ni divorcio.

Es responsable del pago oportuno de su cuenta. Debalo llega a ser necesario para nosotros utilice una agencia exterior para reunir pago, sera tenido adicionalmente responsable de la Cardiologia de cargas de cualquiera/todo **Biltmore Cardiology, PLLC** contrae a consecuencia de esto.



Acuerdo Porta Paciente de Autorizacion

El Proposito de esta Forma

Las ofertas de Biltmore Cardiology, PLLC aseguran acceso electronico a su historial medico y aseguran communications electronico entre nuestra oficina y usted para esos pacientes que desean participar. La mensajeria segura puede ser una herramienta valiosa de comunicaciones, pero ciertas precauciones deben ser utilizados para minimizar riesgos. Para manejar estos riesgos que hemos impuesto algunos terminus y condiciones de participacion. Su firma autorizada demostrara que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participacion y que acepta que los riesgos y acepta las condiciones de participacion.

Como el Portico Paciente Seguro Trabaja

Un portico web seguro es una pagina web que utilize codificacion (una forma de la seguridad electronic) mantener a personas no autorizadas de leer comunicaciones, la informacion o las fijaciones. Asegure mensajes y la informacion solo pueden ser leidos por alguien que sabe la contraseña o la paso-frase correctas iniciar la session al sitio Porta. Utilizar el canal de conexion entre su computadora y el sitio web, puede leer, puede ver, o puede enviar informacion en o de su computadora. Es cifrado automaticamente en la transmission entre el sitio web y su computadora.

Como Participar

Puede componer, puede recoger, y puede contestar para asegurar mensajes o ver informacion enviada a usted por el Portico Paciente. Una vez que usted ha revisado, acepto y firmado nuestras politicas y los procedimientos con respect al uso del Portico Paciente, puede entrar al Portico Paciente por nuestro sitio web en www.biltmorecardiology.com.

Proteger Su Informacion Privada de la Salud y se Arriesga

Este metodo de comunicacion y ver previene los partidos no autorizados de ser capaz de conseguir acceso a o para leer mensajes mientras estan en la transmision. Sin embargo, ningun sistema de transmission es perfecto. Haremos cuanto podremos para mantener la seguridad electronica. Mantener mensajes aseguran dependen de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe alcanzar la direccion correo electronic correcta, y solo el individuo correcto (o alguien autorizo pore se individuo) debe poder tener acceso a ello. Es responsable de asegurar que tenemos su direccion correo electronic actual y usted concuerda en informarnos inmediatmente si cambia. Proteja su informacion de nombre de usuario y contraseña como hace portect su informacion bancaria. Salvaguarde esta informacion para que solo usted o alguien usted autorice tiene acceso a esta informacion. Si cree que ha aprendido su contraseña, debe ir inmediatamente al sitio web y cambiarol. Concuenda en no compartir su nombre de usuario y la contraseña con personas no autorizadas y para mantener que ina de nombre de usuario y contraseña asegura lugar siempre. Conseguir acceso a al Portico Paciente es un servicio libre pero reservamos el derecho de cambiar esta politica si necesitado. Nos esforzamos por mantener toda su informacion protegida de asistencia medica completamente confidencial. Lea por favor nuestra Nota de Practicas de Intimidad para la informacion adicional en usos y revelaciones.

Las Condiciones de Tomar parte en el Portico Paciente

Conseguir acceso a al portal web seguro es un servicio, y nosotros pueden suspender o lo pueden discontinuar en tiempo y para cualquier razon. Si suspendemos o discontinuamos este servicio le notificaremos usted tan inmediatamente como puede razonablement. Concuenda en no tener Biltmore Cardiology, PLLC, ni cualquiera de sus filiales, el personal ni los medicos responsables de infracciones de red ni seguridad mas alla de su control. Reconociendo este acuerdo, comprende las politicas y el procedimiento, concuerdan en conformarse conlos y todas sus preguntas han sido contestadas a su satisfaccion. Si usted no comprende, ni concuerda en conformarse con nuestras politicas y los procedimientos, no firman este acuerdo y no solicitan un nombre de usuario y la contraseña. Si tiene preguntas nosotros proporcionaremos de posgrado mas informacion.