

**Patient Registration Form / Forma De Registro Del Paciente**

**Integrative Rheumatology of South Texas**

**Dr. Naiara Alvarez**

**512 Victoria Ln, Suite 7 Harlingen, TX 78550**

**And**

**5015 S. McColl Rd Edinburg, TX 78539**

I was referred to this practice by: \_\_\_\_\_

Patient's Name (Nombre Del Paciente): \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_

Female (Femenino): \_\_\_\_\_ Male (Masculino): \_\_\_\_\_ DOB (Fecha De Nacimiento): \_\_\_\_\_

SS# (Numero Social Del Paciente): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Marital Status (Estado Civil): \_\_\_\_\_

Home Phone # (Numero De Telefono): ( ) \_\_\_\_\_ Cell #: ( ) \_\_\_\_\_

Physical Address (Direccion De Correspondencia): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Codigo Postal): \_\_\_\_\_

Mailing Address (Direccion De Correspondencia): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Codigo Postal): \_\_\_\_\_

Family Dr. (Dr. Familiar): \_\_\_\_\_

Email Address (Direccion De Correo Electronico): \_\_\_\_\_

Retired (Jubilado): \_\_\_\_\_ Unemployed (Dissembled): \_\_\_\_\_ Child (Nino): \_\_\_\_\_ Student  
(Estudiante): \_\_\_\_\_ Disabled (Debilitate): \_\_\_\_\_

In Cae of an Emergency Call (En Caso De Emergencia a Quien Contactamos): \_\_\_\_\_

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (Relacion): \_\_\_\_\_

Home Phone #: (Numero De Telefono): ( ) \_\_\_\_\_ Cell #: ( ) \_\_\_\_\_

Patient's Signature (Firma Del Paciente): \_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_

**Integrative Rheumatology of South Texas**

**Dr. Naiara Alvarez**

**Patient Registration Form / Forma De Registro Del Paciente**

**INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO:**

Patient's Name (Nombre Del Paciente): \_\_\_\_\_ DOB (Fecha De Nacimiento): \_\_\_\_\_

Primary Insurance (Nombre de Aseguranza): \_\_\_\_\_

Insured Name (Nombre de Suscriptor): \_\_\_\_\_

SS# (# Social): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DOB (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

Group # (# de Grupo): \_\_\_\_\_ Member ID (Identificacion de Miembro): \_\_\_\_\_

Employer (Empleo): \_\_\_\_\_ Phone (Telefono): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Codigo Postal \_\_\_\_\_)

**Secondary Insurance:**  Yes / Si  No / No Insurance Name (Nombre de Aseguranza): \_\_\_\_\_

**PHARMACY INFORMATION / NOMBRE DE PHARMACIA:**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ City (Ciudad): \_\_\_\_\_ Phone (Telefono): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Payment is required at time of service unless. Please indicate preferred method of payment.

Cash  Check  Credit Card (Visa/MC)  Other \_\_\_\_\_

Your signature below indicates your consent for treatment of / as a patient and responsibility for paying bill. Thank you. I hereby authorize the release of any information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance company. I hereby authorize the payment of medical benefits directly to the physician.

Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo pagaderos al doctor. Autorizo a que me de tratamiento en este consultorio. Tambien autorizo dar a conocer informacion conciente de mi salud, consulta, y tratamiento con el proposito de evaluar y administrar para asegurar los beneficios de suguro. He recibido una copia de Aviso de Privacidad y he tenido de la poortunidad de objeyar el dar a conocer mi informacion de salud.

Signature (Firma de Paciente): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

**Integrative Rheumatology of South Texas**

Dr. Naiara Alvarez

**FINANCIAL POLICY**

To ensure insurance benefit coverage for any services rendered, it is imperative that the patient provide a current insurance card at each office visit. If insurance verification and coverage cannot be determined prior to the visit, payment will be requested at the time of the service. Please be advised that the eligibility and benefit information supplied by your insurance company is only an estimate and is not a guarantee of payment by the insurer. Actual benefits are subject to all plan terms, definitions, limitations and exclusions in effect on the date of service. **Integrative Rheumatology of South Texas will submit your bill to your insurance company for services provided pursuant to the applicable insurance agreement entered between the insurance payor and Integrative Rheumatology of South Texas. However, it is the patient's responsibility to pay for all copayments, co-insurance amounts, or deductibles, pursuant to the terms of the insurance plan.**

If the patient's insurance plan requires a referral from the patient's primary care physician (PCP), it is the patient's responsibility to secure the referral. In addition, please be aware that not all medical facilities participate in each patient's insurance policy; therefore, the patient should verify a facility's participation with their insurer prior to scheduling diagnostic, ancillary or specialty care conducted outside of Integrative Rheumatology of South Texas.

Co-payments and deductibles are due at the time of service. For your convenience, payments can be made via cash, check, money order, Visa, MasterCard, or American Express.

State law requires that insurance companies pay most claims within 45 day of submission. If there is difficulty processing any claim(s) submitted, we may ask for your assistance working with your health care plan provider. It is very important that you respond promptly to any inquiries from your insurance company since failing to do so could result in delay or denial of claim coverage.

You may have a credit balance on your account after your insurance processes payment for today's visit. This would occur if you overpaid your deductible and or coinsurance. By signing below, you are allowing for us to retain any amount less than \$10.00 to be applies to future visit or service payments.

Patient's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient's Printed Name \_\_\_\_\_

## Integrative Rheumatology of South Texas

Dr. Naiara Alvarez

### **POLIZA FINANCIERA**

Con el fin de garantizar la cobertura de los beneficios por parte del Seguro para cualquier servicio que se preste, es imperativo que el paciente presente una tarjeta de seguro vigente en cada visita al consultorio medico. Si no se puede comprobar el seguro o determinar la cobertura antes de la consulta, se requerira el pago al momento del servicio. Tenga presente que la informacion de beneficios y elegibilidad suministrada por su compania aseguradora solo es una estimacion y no una garantia de pago por parte de la aseguradora. Los beneficios reales estan sujetos a todos los terminos, definiciones, limitaciones, y exclusiones del plan vigente al momento del servicio. **Integrative Rheumatology of South Texas presentara la factura a su compania aseguradora por los servicios prestados por nuestros proveedores medicos o en nuestro centro medico; sin embargo en ultima instancia la responsabilidad de pagar por cualquiera de los servicios suministrados recae sobre el paciente.**

Si el plan de seguro del paciente exige una remision del medico de atencion primaria (PCP), es responsabilidad del paciente tramitar esa remision. Ademas, tenga presente que no todas las instalaciones medicas forman parte de la poliza de seguro de cada paciente, por tanto, el paciente debera verificar se el centro participa con el seguro antes de programar citas para diagnostic, atencion auxiliar o especializada fuera del consultorio del medico que se realicen fuera de Integrative Rheumatology of South Texas.

Los copagos y deducibles se deben pagar al momento del servicio. Para su conveniencia, los pagos pueden hacerse en efectivo, con cheques, giro postal, Visa, Master-Card, o American Express.

La ley estatal exige a las companias aseguradoras que paguen la mayoría de las reclamaciones en un plazo de 45 dias desde su presentacion. Si existiera alguna dificultad para procesar cualquiera de las reclamaciones presentadas, podriamos solicitar su colaboracion para que nos ayude a gestionar el pago con su proveedor de seguro. Es muy importante que usted responda con prontitud a cualquiera de las indagaciones de su compania aseguradora, ya que no hacerlo podria resultar en demoras o negacion de la cobertura reclamada.

Es posible que tenga un saldo de credito en su cuenta despues del pago de sus procesos de seguros para la visita de hoy. Esto podria ocurrir si usted pago su deducible y coaseguro. Al firmar a continuacion usted esta permitiendo que retenamos cualquier cantidad menos de \$10.00 que se aplicara a los pagos futuros de visita o de servicio.

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nombre Imprimieron Del Paciente \_\_\_\_\_

Integrative Rheumatology of South Texas

Dr. Naiara Alvarez

512 Victoria Ln. Suite 7 Harlingen, TX 78550

And

5015 S. McColl Rd Edinburg, TX 78539

**General Consent for Treatment**

I, knowing that I am suffering from a condition requiring diagnostic, medical treatment, I do hereby voluntarily consent to such procedures and care to such medical or other services under the general and specific instruction of my physician as is advised necessary.

I also acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made to me as to the result of treatment or examination by my physician.

**Consentimiento General De Tratamiento**

Yo, sabiendo que sufro de una condicion que require diagnostic, tratamiento medico, u otros servicios bajo las instrucciones generals especificadas por el medico, se dara consentimiento medico para seguir los tratamientios y recomendaciones idicadas.

Tambien reconozco que ejercico de la medicine no es una ciencia exacta y que ninguna garantia ha sido dada a mini en cuanto al resultado de tratamiento o examen por el medico.

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

**Patient Privacy Policy**  
**Integrative Rheumatology of South Texas**  
**Dr. Naiara Alvarez**  
**512 Victoria Ln, Suite 7 Harlingen, TX 78550**  
**And**  
**5015 S. McColl Rd Edinburg, TX 78539**

**Commitment to Privacy**

The appropriate collection, use, and disclosure of patients' personal health information is fundamental to our daily day to day operations and to patient care.

Protecting the privacy and the confidentiality of patient personal information is important to the physicians and staff at Integrative Rheumatology of South Texas.

We strive to provide our patients with excellent medical care and service. Every member of Integrative Rheumatology of South Texas must abide by our commitment to privacy in the handling of personal information. This policy was last modified on the 27<sup>th</sup> day of August, 2018.

**Applicability of This Privacy Policy**

Our privacy policy attests to our commitment to privacy and demonstrate the ways we ensure that patient privacy is protected. Our privacy policy applies to the personal health information of all of our patients that is in our possession and control.

**What is Personal Health Information?**

Personal health information means identifying information about individual relating to their physical or mental health (including medical history), the providing of healthcare to the individual, payments or eligibility for healthcare, organ and tissue donation and health number.

**The 10 Principles of Privacy**

Our Privacy Policy reflects our compliance with fair information practices, applicable laws and standards of practice.

**1.Accountability**

We take our commitment to securing patient privacy very seriously. Each physician and employee associated with the practice is responsible for the personal information under his/her control. Our employees are informed about the importance of privacy and receive information periodically to update them about our privacy policies and related issues.

## **2. Identifying Purposes: Why We Collect Information**

We ask you for information to establish a relationship and serve your medical needs. We obtain most of our information about you directly from you, or from other health practitioners you have seen and authorized to disclose to us. You are entitled to know how we use your information and this is described in the privacy statement posted at Integrative Rheumatology of South Texas. We will limit the information we collect to what we need for those purposes, and we will use it only for those purposes. We will obtain your consent we wish to use your information for any other purpose.

## **3. Consent**

You have the right to determine how your personal information is used and disclosed. For most healthcare purposes, your consent is implied as a result of your consent to treat, however, in all circumstances express consent must be written. Your written consent will be forwarded to the privacy officer who will document the request in patients' medical records and notify appropriate healthcare providers and their support staff.

Patients who have withdrawn consent to disclose PHI must sign and date the Consent to Withdrawal Form. It is understood that the consent directive applies only to the PHI which the patient has already provided, and not to PHI which the patient might provide in the future: HIPAA permits certain collections, uses, and disclosures of the PHI, despite the consent directive; healthcare providers may override the consent directive in certain circumstances, such as emergencies; and the consent directive may result in delays in receiving health care, reduce quality of care due to health providers lacking getting complete information about the patient, and healthcare providers' refusal to offer non-emergency care. Your written Consent To Withdrawal Form will be forwarded to the privacy officer who will document the request in patient's medical records and notify appropriate healthcare providers and their supporting staff.

## **4. Limiting Collection**

We collect information by fair and lawful means and collect only that information which may be necessary for purposes related to the provision of your medical care.

## **5. Limiting use: Disclosure and Retention**

The information we request from you is used for the purposes defined. We will seek your consent before using the information for purposes beyond the scope of the posted privacy statement.

Under no circumstances do we sell patient lists or other personal information to third parties. There are some types of disclosure of your personal health information that may occur as part of this practice fulfilling its routine obligations and/or practice management. This includes consultants and suppliers to the practice, on the understanding that they abide by our privacy

policy, and only to the extent necessary to allow them to provide business services or support to this practice.

We will retain your information only for the time it is required for the purposes we describe and once your personal information is no longer required it will be destroyed. However, due to our ongoing exposure to potential claims, some information is kept for a longer period.

Patients may be required to sign and date a Consent to Disclose PHI form and pay a fee based on current OMA rates prior to release of information.

## **6. Accuracy**

We endeavor to ensure that all decisions involving your personal information are based upon accurate and timely information. While we do our best to base our decisions on accurate information, we rely on you to disclose all material information and to inform us of any relevant changes.

## **7. Safeguards: Protecting Your Information**

We protect your information with appropriate safeguards and security measures. The practice maintains personal information in a combination of paper and electronic files. Recent paper records concerning individuals' personal information are stored in files kept on site at our office. Older records may be stored securely off-site.

Access to personal information will be authorized only for the physicians and employees associated with the practice, and other agents who require access in the performance of their duties, and to those otherwise authorized by law.

We provide information to healthcare providers acting on your behalf on the understanding that they are also bound by law and ethics to safeguard your privacy. Other organization agents must agree to abide by our privacy policy and may be asked to sign contracts to that effect. We will give them only the information necessary to perform the services for which they are engaged, and will require that they not store, use, or disclose information for purposes other than to carry out those services.

Our computer systems are password secured and constructed in such a way that only authorized individuals can access secure systems and databases.

If you send us an e-mail message that includes personal information, such as your name included in the "address", we will use that information to respond to your inquiry. Please remember that e-mail is not necessarily secure against interception. If your communication is very sensitive, you should not send it electronically unless the email is encrypted, or your browser indicates that the access is secure.

## **8. Openness: Keeping You Informed**

The practice has prepared this plain language privacy policy to keep you informed. If you have any additional questions or concerns about privacy we invite you to contact us by phone and we will address your concerns to the best of our ability.



## **9. Access and Correction**

With limited exceptions, we will give you access to the information we retained about you within a reasonable time, upon presentation of a written request and satisfactory identification.

If you find errors of fact in your personal health information, please notify us as soon as possible and we will make the appropriate corrections. We are not required to correct information relating to clinical observations or opinions made in good faith. You have a right to attend a short statement of disagreement to your record if we refuse to make a requested change.

If we tonight you're request for access to your personal information, we will advise you in writing of the reason for the refusal and you made that challenge our decision.

## **10. Challenging compliance**

We encourage you to contact us with any questions or concerns you might have about your privacy or our private policy. We will investigate and respond to your concerns about any aspect of our handling of your information.

In most cases the issue is resolved simply by telling us about it and discussing. You can reach us at:

**Integrative Rheumatology of South Texas**

**512 Victoria Ln, Suite 7**

**Harlingen, TX 78550**

**956-422-3122**

**Fax 956-803-3176**

If, after contacting us, you feel that your concerns have not been address to your satisfaction, you have the right to complain to the information and privacy Commissioner/Ontario. The commissioner can be reached at:

**Política de privacidad del paciente**  
**Integrative Rheumatology of South Texas**  
**Dr. Naiara Alvarez**  
**512 Victoria LN, Suite 7 Harlingen, TX 78550**  
**and**  
**5015 S. McColl Rd Edinburg, TX 78539**

**Compromiso con la privacidad**

La recolección, uso y divulgación apropiados de la información de salud personal de los pacientes es fundamental para nuestras operaciones diarias del día a día y para la atención al paciente.

La protección de la privacidad y la confidencialidad de la información personal del paciente es importante para los médicos y el personal de la reumatología Integrativa del sur de Texas.

Nos esforzamos proveer de nuestros pacientes la atención médica y el servicio excelentes. Cada miembro de la reumatología Integrativa del sur de Texas debe cumplir con nuestro compromiso con la privacidad en el manejo de la información personal. Esta política fue modificada por última vez el 27<sup>TH</sup> día de Agosto 2018.

**Aplicabilidad de esta política de privacidad**

Nuestra política de privacidad confirma nuestro compromiso con la privacidad y demuestra las maneras en que aseguramos que la privacidad del paciente esté protegida. Nuestra política de privacidad se aplica a la información personal de salud de todos nuestros pacientes que está en nuestra posesión y control.

**¿Qué es la información personal de salud?**

La información personal de salud significa identificar información sobre la persona relacionada con su salud física o mental (incluyendo el historial médico), la prestación de atención médica a la persona, los pagos o la elegibilidad para la atención médica, el órgano y los tejidos donación y número de salud.

**Los 10 principios de la privacidad**

Nuestra política de Privacidad refleja nuestro cumplimiento con las prácticas de información justa, leyes aplicables y normas de práctica.

## **1. Rendición de cuentas**

Tomamos nuestro compromiso de asegurar la privacidad del paciente muy seriamente. Cada médico y empleado asociado con la práctica es responsable de la información personal bajo su control. Nuestros empleados son informados sobre la importancia de la privacidad y reciben información periódicamente para actualizarlos sobre nuestras políticas de privacidad y asuntos relacionados.

## **2. propósitos que identifican: porqué recolectamos la información**

Le pedimos información para establecer una relación y atender sus necesidades médicas. Obtenemos la mayor parte de nuestra información acerca de usted directamente de usted, o de otros profesionales de la salud que usted ha visto y autorizado a revelar a nosotros. Usted tiene derecho a saber cómo usamos su información y esto se describe en la declaración de privacidad Publicada en la reumatología Integrativa del sur de Texas. limitaremos la información que recogemos a lo que necesitamos para esos propósitos, y la usaremos sólo para esos propósitos. Obtendremos su consentimiento y deseamos utilizar su información para cualquier otro propósito.

## **3. consentimiento**

Usted tiene el derecho de determinar cómo su información personal si se utiliza y se divulga. Para la mayoría de los propósitos de la salud, su consentimiento se implica como resultado de su consentimiento para tratar, sin embargo, en todas las circunstancias el consentimiento expreso debe ser escrito. Su consentimiento por escrito será remitido al oficial de privacidad que documentará la solicitud en los expedientes médicos de los pacientes y notificará a los proveedores de salud apropiados y a su personal de apoyo.

Los pacientes que han retirado el consentimiento para revelar la PHI deben firmar y fechar el consentimiento para Abstinencia Forma. Se entiende que la Directiva de consentimiento se aplica sólo a la PHI que el paciente ya ha proporcionado, y no a la PHI que el paciente podría proporcionar en el futuro: PHIPA permite ciertas colecciones, usos y disclosures de la PHI, a pesar de la Directiva de consentimiento; los proveedores de atención médica pueden invalidar la Directiva de consentimiento en ciertas circunstancias, tales como emergencias; y la Directiva de consentimiento puede dar lugar a retrasos en recibir atención médica, reducir la calidad de la atención debida a los proveedores de salud que carecen de obtener información completa sobre el paciente, y la negativa de los proveedores de atención médica a ofrecer atención no de emergencia. Su consentimiento por escrito Para Withdrawal El formulario será remitido al oficial de privacidad que documentará la solicitud en los registros médicos del paciente y notificará a los proveedores de salud apropiados y sus cosas de apoyo.

#### **4. limitación de la recolección**

Recolectamos información por medios justos y lícitos y recolectamos solamente esa información que puede ser necesaria para propósitos relacionados con la prestación de su atención médica.

#### **5. Limiting: divulgación y retención**

La información que solicitamos de usted es Utilizado para los fines definidos. Buscaremos su consentimiento antes de usar la información para propósitos fuera del alcance de la declaración de Privacidad publicada.

Bajo ninguna circunstancia vendemos listas de pacientes u otra información personal a terceros. Hay algunos tipos de divulgación de su información personal de la salud que puede ocurrir como parte de esta práctica que satisface sus obligaciones rutinarias y/o la gerencia de la práctica. Esto incluye consultores y proveedores para la práctica, en el entendimiento de que cumplen con nuestra política de privacidad, y sólo en la medida necesaria para que puedan proporcionar servicios de negocios o apoyo a esta práctica.

Retendremos su información sólo por el tiempo que se requiere para los propósitos que describimos y una su información personal ya no es requerida será destruida. Sin embargo, debido a nuestra exposición continua a las demandas potenciales, cierta información se guarda por un período más largo.

Los pacientes pueden ser requeridos a firmar y fechar un consentimiento para Diclose Forma de Phi y pagar un honorario basado en las tarifas actuales de OMA antes de la divulgación de la información.

#### **6. accuracy**

Nos esforzamos por asegurar que todas las decisiones que involucren su información personal se basan en información precisa y oportuna. Si bien hacemos todo lo posible para basar nuestras decisiones en información precisa, confiamos en que usted revele toda la información material y que nos informe de cualquier cambio relevante.

#### **7. salvaguardias: protegiendo su información**

Protegemos su información con las salvaguardias y medidas de seguridad apropiadas. La práctica mantiene la información personal en una combinación de papel y archivos electrónicos. Los registros recientes sobre la información personal de los individuos se almacenan en archivos que se mantienen en el sitio en nuestra oficina. Los registros más antiguos pueden almacenarse de forma segura fuera del sitio.

El acceso a la información personal será autorizado sólo para los médicos y empleados asociados a la práctica, y otros agentes que requieren acceso en el desempeño de sus deberes, y a los que de otra manera están autorizados por la ley.

Proporcionamos información a los proveedores de salud que actúan en su nombre en el entendimiento de que también están obligados por la ley y la ética para salvaguardar su privacidad. Otros agentes de la organización deben aceptar cumplir con nuestra política de privacidad y se les puede pedir que firmen contratos a tal efecto. Les daremos sólo la información necesaria para llevar a cabo los servicios para los que están comprometidos, y requerirán que no almacenen, utilicen o divulguen información con fines distintos a los de realizar dichos servicios.

Nuestros sistemas informáticos están protegidos por contraseña y están contruidos de tal manera que sólo los individuos autorizados pueden acceder a sistemas y bases de datos seguros.

Si usted nos envía un mensaje de correo electrónico que incluye información personal, como su nombre incluido en la "dirección", utilizaremos esa información para responder a su consulta. Por favor recuerde que el correo electrónico no es necesariamente seguro contra la interceptación. Si su comunicación es muy sensible, no debe enviarla electrónicamente a menos que el correo electrónico esté encriptado, o su navegador indique que el acceso es seguro.

#### **8. franqueza: manteniéndole informado**

La práctica ha preparado esta política de privacidad de lenguaje sencillo para mantenerlo informado. Si usted tiene cualesquiera preguntas o preocupaciones adicionales sobre la aislamiento le invitamos a entrarnos en contacto con por el teléfono y abordaremos sus preocupaciones a lo más mejor posible de nuestra capacidad.

#### **9. acceso y corrección**

Con excepciones limitadas, le daremos acceso a la información que retuvimos sobre usted en un plazo razonable, previa presentación de una solicitud por escrito y una identificación satisfactoria.

Si usted encuentra errores de hecho en su información personal de salud, por favor notifiquenos lo antes posible y haremos las correcciones apropiadas. No estamos obligados a corregir información relacionada con observaciones clínicas o opiniones hechas de buena fe. Usted tiene el derecho de asistir a una breve declaración de desacuerdo con su expediente si nos rehusamos a hacer un cambio solicitado.

Si esta noche usted está solicitando el acceso a su información personal, le asesoraremos por escrito sobre la razón de la negativa y usted hizo que el desafío de nuestra decisión.

## **10. cumplimiento desafiante**

Le animamos a que nos contacte con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener sobre su privacidad o nuestra política privada. Investigaremos y responderemos a sus inquietudes acerca de cualquier aspecto de nuestro manejo de su información.

En la mayoría de los casos el problema se resuelve simplemente diciéndonos sobre ello y debatiendo. Puede contactarnos en:

### **Integrative Rheumatology of South Texas**

**512 Victoria LN, Suite 7**

**Harlingen, TX 78550**

**956-422-3122**

**Fax 956-803-3176**

Si, después de ponerse en contacto con nosotros, usted siente que sus preocupaciones no han sido la dirección de su satisfacción, usted tiene el derecho de quejarse a la información y la privacidad Comisionado/Ontario. Se puede llegar al Comisionado en:

**Acknowledgement of Review for Notice of Privacy Practices**

I have reviewed the notice of privacy practices, which explain how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

**Conocimiento de Aviso de Practicas Privadas**

Yo he revisado la notificacion de practicas privadas, la cual explica como mi information medica sera utilizada y divulgada, yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este document si ai lo desao.

\_\_\_\_\_

Signature / Firma

\_\_\_\_\_

Date / Fecha

Integrative Rheumatology of South Texas

Dr. Naiara Alvarez

512 Victoria Ln. Suite 7 Harlingen/5015 S McColl Rd. Edinburg

PH: 956 422-3122 FX: 956-803-3176

**RELEASE OF MEDICAL RECORDS**

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dear Dr. \_\_\_\_\_

This letter with authorize you,

\_\_\_\_\_

to provide a copy, summary, or narrative of my medical records (as indicated by the check mark(s) below) or to otherwise release confidential information. Currently, I am requesting the following:

\_\_\_\_\_ Complete records including recent, labs, x-rays and/or other diagnostic testing

\_\_\_\_\_ Records of care from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ only including recent labs, x-rays, and/or other diagnostic testing

---

HIV/AIDS: I consent to the release of any positive or negative test results for AIDS or HIV infection, antibodies to a AIDS, or infection with any other causative agent of AIDS, with the rest of my medical records.

Initial \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The reason or purpose for this release of information is:

\_\_\_\_\_ Evaluation and Treatment

\_\_\_\_\_ Continuation of Care

Patient's printed name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of legal guardian if patient under the age of 18:

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Integrative Rheumatology of South Texas**  
**Dr. Naiara Alvarez**

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Complete Review of Systems ROS  
(Please answer Yes or No)  
(Por favor responde Si o No)

Constitutional:	Fever/Fiebre	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Ojos/Eyes:	Double vision/Doble vista	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
ENT:	Nose bleeds/ Sangre nasal	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
	Sore throat/Garganta irritada	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
	Ringing in ears/Sonido en los oidos	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Cardiovascular/CV:	Chest pain/ Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Respiratorio/Resp:	Shortness of breath/Cansancio respiratorio	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Gastrointestinal/GI:	Abdominal pain/Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
	Painful urination/Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Genitourinario/GU:	Joint Pain/ Dolor en las Atriculaciones	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Musculoskeletal/MSK:		
Integumentario/Integumentary	Rashes/Erupciones cutaneas	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
:		
Neurological:	Numbness/Tingling/Adormecido/Hormige o	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Psych.:	Depression/Depresion	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_