



ASIAN PACIFIC HEALTH CARE VENTURE, INC.
"working together for community health"

Patient Registration

Registro Del Paciente

Date/Fecha: _____

Patient Last Name/Apellido			Patient First Name/Nombre de pila			Patient Middle Name/Segundo Nombre		
Social Security #/Número de Seguro Social:			Date of Birth(mm/dd/yyyy)/ Fecha de Nacimiento:			Gender at birth/Género al Nacer: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer		
Current Gender/Genero Actual: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer			Are you transgender/ ¿Es usted transgenero? ☐ Yes/Sí ☐ No/No If Yes, select/Si la respuesta es "Si", Elija: ☐ Trans- Male to Female/Trans-Hombre a Mujer or/ o ☐ Trans-Female to Male/Trans-Mujer a Hombre					
Street Address/Dirección				Cell Phone/Número de Celular				
City/Ciudad		State/Estado		Zip/Código Postal		Home Phone/Número De Casa		
What is your marital status?(check one)/ ¿Estado Civil?(Elija uno) ☐ Divorced/Divorciado(a) ☐ Married/Casado(a) ☐ Single/Soltero(a) ☐ Domestic partner/Unión Libre ☐ Separated/Separado(a) legalmente ☐ Widowed/Viudo(a)					Day Phone/Número Entre El Día			
Student Status (check one)/ Estatus de estudiante (Elija uno): ☐ Full time/Tiempo Completo ☐ Part- time/Medio Tiempo ☐ Not a student/No soy estudiante					Preferred Phone Number/Número de teléfono preferido: ☐ Home/Casa ☐ Cell/Celular ☐ Day/Día			
Patient Email Address/Correo Electrónico:					Contact Preference/Preferencia de Contacto: ☐ No Preference/No hay preferencia ☐ Phone: When is the best time? Teléfono: ¿Cuándo es el mejor momento? ☐ AM ☐ PM ☐ Eve/Tarde ☐ Anytime/Cualquier momento. ☐ Email/ Patient Portal (Correo Electrónico/Portal Del Paciente) ☐ Mail/Correo			



Race: Please select all apply from the following racelisting/

Raza: Por favor seleccione todas las que apliquen en la lista de razas:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Asian Indian(Indio asiático) | ☐ Japanese (Japonés) | ☐ American Indian/Alaska | ☐ Samoan(Samoano) |
| ☐ Bangladeshi(Bangladesí) | ☐ Korean (Coreano) | ☐ Native (Indio Americano/Nativo | ☐ Other Pacific Islander |
| ☐ Cambodian(Camboyno) | ☐ Thai (Tailandés) | de Alaska) | (Otras Islas del Pacifico) |
| ☐ Chinese(Chino) | ☐ Vietnamese (Vietnamita) | ☐ Black/African American | : _____ |
| ☐ Filipino | ☐ Other Asian (Otro Asiático) | (Negro/Afroamericano) | ☐ White(Blanco) |
| | : _____ | ☐ Native Hawaiian | ☐ More than one Race |
| | | (Nativo Hawaiana) | (Más de una Raza) |
| | | ☐ Guamanian or Chamorro (Guameña o Chamorro) | |

Preferred language/Idioma Preferido?

Birthplace/Lugar de nacimiento:

☐ United States /Estados Unidos

☐ Other/Otro: _____

Year Arrived in US.

Please put N/A if you're
born
in U.S./

Año cuando llegó al

EEUU: Por favor ponga
N/A si nació en EEUU.

**What is your highest
Level of education
completed?**

Check one/

**Nivel más alto de
educación completado:
Elija uno**

☐ Elementary/Primaria

☐ Junior High School/
Secundaria

☐ High School/
Preparatoria

☐ College/Universidad

☐ Graduate Degree or
Higher/Maestría o un
programa más alto

☐ N/A

Citizenship/Ciudadanía:

☐ U.S./Estadounidense

☐ Permanent Resident/Residente Permanente

☐ Tourist/Turista

☐ Other/Otro

**Do you have a physical or mental disability that
has prevented or will prevent you from working
for more than a year?/**

**¿Tiene una discapacidad física o mental que le
haya impedido o le impedirá trabajar por más de
un año?**

☐ Yes/ Sí

☐ No/ No

Is it okay to send mail to your address?/

¿Está bien si le mandamos correo a su domicilio?

☐ Yes/ Sí

☐ No/ No



Emergency Contact Information/ Contacto de emergencia del paciente: Last Name/Apellido: First Name/Nombre de pila:		Relationship to patient/Relación al paciente: ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Friend/Amigo(a) ☐ Parent/Legal Guardian (Padre/Tutor) ☐ Other/Otro	
Emergency Contact Phone number/Número de teléfono de emergencia: ☐ Home/Casa ☐ Work/Trabajo ☐ Cell/Celular			
Patient's Parent/Guarantor Information (Parent or Legal Guardian for Children Under 18 years)/ Información del padre del paciente (Padre o tutor para menores de 18 años)			
Parent 1 Information/Información del Padre 1 Last Name/Apellido: First Name/Nombre de pila:		Relationship to patient/Relación al paciente: ☐ Parent/Padre ☐ Foster Parent/Padre adoptivo ☐ Step parent/Padrastro ☐ Legal Guardian/Tutor legal ☐ Other/Otro	
Parent Address/Dirección del padre: City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal		Parent Email address/ Correo Electrónico:	
Parent Phone Number/ Número de teléfono:	Parent Date of Birth (mm/dd/yyyy):/ Fecha de Nacimiento:	Parent/Guarantor Gender/ Género del padre: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer	
If NO second Parent/Guarantor information: Please check the box ☐ (and skip to Patient Information)/ Si NO hay información de un segundo padre: Favor de marcar la casilla ☐ (y diríjase a información del paciente)			
Parent 2 Information/Información del Padre 2 Last Name/Apellido: First Name/Nombre de pila:		Parent/Relationship to patient/Relación al Paciente: ☐ Parent/Padre ☐ Foster Parent/Padre ☐ Step parent/Padrastro ☐ Adoptivo ☐ Legal Guardian/Tutor legal ☐ Other/Otro	
Parent Address/Dirección del padre: City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal		Parent Email address/ Correo Electrónico:	
Parent Phone Number/ Número de teléfono:	Parent Date of Birth (mm/dd/yyyy):/ Fecha de nacimiento:	Parent Gender/Género del padre: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer	



Patient Information/Información del Paciente

Birth Mother's Full Name (before marriage)/**Nombre Completo de la Madre** (antes del matrimonio):

Last (Maiden Name)/Apellido(de soltera)

First Name/Nombre de pila

Middle Name/Segundo Nombre

Are you Homeless?/

¿Está usted sin hogar ahora?

☐ Yes/Sí

☐ No/No

Are you a LAUSD student?/

¿Es usted alumno de LAUSD?

☐ Yes/Sí

☐ No/No

**Are you or your family members
Migratory or Seasonal Agricultural
Workers?/**

**¿Es usted, o alguien en su familia, un
trabajador agrícola Migratorio/a o
estacional?**

☐ Yes/Sí

☐ No/No

Are you a veteran of US Armed Forces?/

¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐ Yes/Sí

☐ No/No

**Do you need an Interpreter?/Necesita
un intérprete?**

☐ Yes/Sí

☐ No/No

Ethnicity/Origen Étnico: Are you Hispanic, Latino/a or Spanish Origin?

¿Es usted de origen hispano, latino o Español ?

☐ Yes/Sí

☐ No/No

If Yes, select: / Si la respuesta es "Sí", seleccione:

☐ Mexican, Mexican American, Chicano/a

☐ Puerto Rican /

(Mexicano Mexicano-Americano, Chicano

Puertorriqueño/a

☐ Cuban /Cubano/a

☐ Central American/Centroamericano

☐ South American/ Sudamericano/a

☐ Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin:

Otro origen hispano, latino / a o español: _____

How many people in your family? only include
yourself,

spouse and minor children under 18 years/

¿Cuántas personas están en familia? Solo
inclúyase a Usted mismo, a su pareja, e hijos
menores de 18 años.

What is your household annual income?

Combined income of the persons listed in your family, if
they are working/

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar? El ingreso
combinado de las personas que componen su familia, si
es que están trabajando.



How did you hear about our clinic?(Please circle all that apply)/

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? (Por favor encierre en un círculo todas las opciones que apliquen)

APHCV Employee (Empleado de APHCV)	Brochure/Flyer (Folleto/Panfleto)	Building Signage (Señales en el edificio)	Family/Friend/ Patient (Familia/Amigo(a)/ Paciente)
Health Fair/Festival/Events/Outreach (Feria de Salud /Festival/Eventos/ Promoción)	HMO/Insurance List (Lista de seguros/HMO)	Hospital/Doctor/ Business/Agency (Doctor/Hospital/ Negocio/Agencia)	
Internet-Facebook/Instagram	Internet-APHCV Website(Sitio-Web)/Google/Yelp/Etc.		
Newspaper/Magazine/Yellow Pages (Periódico/Revista/Páginas Amarillas)	School/Outreach (Escuela/ Divulgación)	Other/Otro:_____	

Name of the person who completed the form if it's different from patient/

Nombre de la persona que ha completado el formulario si es diferente al paciente: _____

Please turn in the completed forms to Front Office staff. Thank you.
Por favor entregue los formularios completos al personal de recepción. Gracias.

PLEASE LEAVE THIS PAGE BLANK

(SBHC use only)

Parent verification by:

Date: _____



ASIAN PACIFIC HEALTH CARE VENTURE, INC.
"working together for community health"

Patient
Identifying
Label

Combined Consent Consentimiento Combinado

A. CONSENT TO TREATMENT:

I hereby request and consent to diagnostic procedures, tests, and medical treatment, family planning and immunizations as deemed advisable by the professional staff of Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV, Inc.). I am aware that a Physician, a Nurse Practitioner or a Physician Assistant may provide the medical care. Services will be in my best interest, or the best interest of my child or legal charge. I consent to the taking of photographs, videotapes, digital or other images of my medical condition or treatment by clinical staff, and the use of the images for purposes of my diagnosis or treatment or for the clinic's operations including peer review, education and training programs conducted by the clinic. A separate consent is required by me for use of image for non-clinical purposes. I understand that this consent to treatment will be in effect as long as I am seen at any of the Asian Pacific Health Care Venture, Inc. clinic sites. I may cancel this consent in writing. The consent must be cancelled for each clinic that I am seen in.

Consentimiento para tratamiento:

Por lo presente solicito y doy consentimiento a los procedimientos de diagnóstico, pruebas y tratamiento médico, planificación familiar, y las vacunas como se considere aconsejable por el personal profesional en Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV, Inc.). Soy consciente de que un médico, una enfermera practicante o un asistente médico puede proporcionar la atención médica. Servicios serán en mi mejor interés, o en el mejor interés de mi hijo o carga legal. Yo consiento la toma de fotografías, vídeos, imágenes digitales u otras imágenes de mi condición médica o tratamiento por parte del personal clínico y el uso de las imágenes para el propósito de mi diagnóstico, tratamiento o para las operaciones de la clínica incluyendo programas de revisión por pares, educación y entrenamiento realizado por la clínica. Se requiere un consentimiento separado por mí para el uso de la imagen para intenciones no clínicas. Entiendo que este consentimiento al tratamiento esta en efecto mientras me ven en cualquiera de los sitios de la clínica APHCV, Inc. Puedo cancelar este consentimiento por escrito. El consentimiento debe ser cancelado por cada clínica que me ve.

B. AUTHORIZATION FOR MEDICAL RECORDS RELEASE/REFERRAL AND ASSIGNMENT OF BENEFITS:

I authorize APHCV, Inc. to release medical/social information to persons or agencies directly concerned with and engaged in carrying out a treatment plan for the patient. Also APHCV, Inc. may use and release any part of my medical records necessary to the process of billing third party payers for services rendered on my behalf. I clearly understand that all my information will be kept confidential. I understand that this information will be used to review, investigate, or make payment of a claim, and to review records for quality improvement initiatives, audit compliance, utilization management, and complaint resolution.

I authorize payment directly to Asian Pacific Health Care Venture, Inc. for all medical benefits otherwise payable to me under terms of my insurance. I understand that I am financially responsible for all co-payments, co-insurance, deductibles, and non-covered services. Overpayments on any Asian Pacific Health Care Venture, Inc. account may be applied to my patient balance within the Asian Pacific Health Care Venture, Inc., sites. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and as valid as the original.

AUTORIZACION PARA REGISTROS MEDICOS LIBERACION/REMISION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Yo autorizo a APHCV, Inc. a liberar información médica y social a las personas o agencias directamente interesados y comprometidos en llevar a cabo un plan de tratamiento para el paciente. También APHCV, Inc. puede usar y liberar parte de mi expediente médico necesario para el proceso de facturación por terceros pagadores por los servicios prestados en mi nombre. Entiendo claramente que toda mi información se mantendrá confidencial. Entiendo que esta información se utilizará para revisar, investigar, o hacer el pago de una reclamación y para revisar los registros de iniciativas de mejoramiento de la calidad, auditoría de cumplimiento, gestión de utilización y resolución de quejas.

Autorizo el pago directamente a Asian Pacific Health Care Venture, Inc. para beneficios médicos por todo lo contrario será facturado a mí en términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos. Pagos en exceso en cualquier cuenta de Asian Pacific Health Care Venture, Inc. pueden aplicarse a mi saldo de paciente dentro de los sitios de Asia Pacific Health Care Venture, Inc. Una copia de esta autorización es considerada efectiva y tan válida como la original.

C. PROTECTED HEALTH INFORMATION DESIGNEE:

I understand that the individuals identified below will be treated by Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV), as individuals involved directly in my care or my child's care, and as such APHCV will be allowed to communicate, discuss and release the patient protected health information related to the health care services I or my child receive at APHCV. I understand that the information that can be released are limited to the following: Appointment/Procedure (scheduling, rescheduling, cancelling), Prescription re-fill(s), Laboratory test results, Radiology Examination Results, Referral Inquiries, Billing Inquiries.

DESIGNADO DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:

Entiendo que los individuos identificados a continuación serán tratados por Asian Pacific Health Care Venture, Inc., como los individuos directamente involucrados en mi atención o la atención de mi hijo(a), y como tal APHCV se le permitirá comunicarse, debatir y divulgar la información de salud del paciente protegida relacionada con los servicios de atención médica que yo o mi hijo(a) reciben en APHCV. Entiendo que la información que puede ser liberada se limita a lo siguiente: Cita/Procedimiento (fijar citas, re-hacer citas, cancelación), Renovación de Receta(s), Resultado(s) de examen(es) del laboratorio, Resultado(s) de radiografía(s), Referencias y Consultas de facturación.

1. Name of Designee/Nombre del Designado: _____
 Designee Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Designado: _____
 Designee Phone Number/Numero de Telefonodel Designado: _____
 Relationship to Patient/Relacion al Paciente: _____
2. Name of Designee/Nombre del Designado: _____
 Designee Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Designado: _____
 Designee Phone Number/Numero de Telefonodel Designado: _____
 Relationship to Patient/Relacion al Paciente: _____

☐ I decline to provide a protected health information designee contact for myself or my child at this time/
 Me niego a proveer los datos de un designado a mi informacion de salud protegida o a la de mi hijo.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature (Please circle one)

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal (Porfavor circule uno) _____ Date/Fecha _____

D. ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

- I acknowledge that I received the Notice of Privacy Practices from Asian Pacific Health Care Venture, Inc.
- You also have the right to request to be contacted at a different location or by a different method.

APHCV will agree to any reasonable request for alternative methods of contact. If you would like to request an alternative method of contact, please provide the contact information below:

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:

- Yo Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Asian Pacific Heath Care Venture, Inc
- Usted también tiene el derecho de solicitar ser contactado en un lugar diferente o por un método diferente.

APHCV aceptará cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto. Si desea solicitar un método alternativo de contacto, por favor proporcione la información de contacto más abajo:

Street Address/Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip code/Codigo Postal _____

Alternative Telephone/Telefono Alternativo: _____

Signed/Firma: X _____

Patient/Parent/Legal Guardian Signature (Please circle one)

_____ Date/Fecha

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal (Porfavor circule uno)

Please print full name and relationship to patient if the patient cannot sign this document.

Por favor escriba su nombre completo y la relación al paciente si es que el paciente no puede firmar el documento.

Full name (Print name of **Parent or Legal Guardian**)

Relationship/Relacion _____

Nombre Completo (Nombre del **padre o tutor legal**)



PATIENT PAYMENT RESPONSIBILITY POLICY POLIZA FINANCIERA

1. Payment is expected in full when services are rendered.

Los pagos son requeridos en su totalidad cuando se rinden los servicios.

2. Medi-Cal and/or Medicare

If you have Medi-Cal and/or Medicare, please provide us with your current Medi-Cal and/or Medicare Card at each visit. If you have a share of cost, you will be asked to pay that amount at the time of service. **All co-pays, co-insurances, and share of cost are due at time of service.** If your Medi-Cal and/or Medicare claim is denied, you are fully responsible for the cost of the service.

Medi-Cal y/o Medicare

Si usted tiene Medi-Cal y/o Medicare, por favor provéanos su tarjeta más reciente en cada visita. Si usted tiene un "share of cost" (parte del costo), se le pedirá que pague la cantidad a la hora de servicio. **Todos los copagos, coaseguros y deducibles se pagan al tiempo de servicio.** Si su reclamo es rechazado por Medi-Cal y / o Medicare, usted es completamente responsable por el costo del servicio.

3. Private Insurance

If you have private insurance that we can accept, please provide us with a copy of your insurance card at each visit. **All co-pays, non-covered services and deductibles are due at time of service.** If your health insurance claim is denied, you are fully responsible for the cost of the service.

Seguro Privado

Si usted tiene un seguro privado que podemos aceptar, por favor provéanos con una copia de su tarjeta de seguro en cada visita. **Todos los copagos, servicios no cubiertos y deducibles se pagan al tiempo de servicio.** Si se rechaza su reclamo de seguro de salud, usted es completamente responsable por el costo del servicio.

4. Self Pay Patients

Full payment is due at time of service. We accept CASH, CHECKS, and CREDIT/DEBIT CARDS. We offer a sliding fee discount and prompt payment incentive if you qualify. Please ask the Front Office staff for additional information.

Pacientes de Auto Pago

Se debe realizar el pago completo por el servicio el día de su cita. Aceptamos pagos en EFECTIVO, CHEQUES, Y TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO. También ofrecemos un descuento de tarifa con nuestro programa para personas de bajos recursos llamado si califica. Por favor pregúntele a un evaluador financiero para información adicional.

5. LAUSD students at school-based health centers

Upon the agreement with Los Angeles Unified School District, APHCV shall not charge fees to pre K – 12 students accessing services at school based health centers. APHCV shall charge all other populations as appropriate.

Estudiantes del Distrito Unificado Escolar de Los Ángeles en Centros de salud escolares
Conforme al contrato con el Distrito Unificado Escolar de Los Ángeles (LAUSD), APHCV no podrá cobrarles servicios a los estudiantes de pre K—12 que obtengan servicios en los centros de salud basados en las escuelas. A todas las otras personas, APHCV les cobrará como sea debido.

6. Government Funded Programs

We offer several different government funded programs for which you may qualify. If you would like more information, please ask our Front Office staff. Fee for services out of the scope of benefit of government funded program is Patient's responsibility.

Programas Fundados por el Gobierno

Ofrecemos varios programas fundados por el gobierno para los cuales usted podría calificar. Si usted quiere más información, por favor pregunte a nuestro personal de recepción. Las tarifas por servicios fuera de los beneficios del programa financiado por el gobierno son la responsabilidad del paciente.

7. Sliding Fee Discount Programs

We offer Sliding Fee Discount Program (SFDP) where your fee may be discounted based on your household income and number of individuals live in the household. You may not eligible or decline to participate at this time, but when you decide to apply or your financial situation changes, you can ask APHCV receptionist staff for the program and provide required documents.

Programas de Escala de descuento

Ofrecemos el Programa de Escala de Descuento (SFDP, por sus siglas en inglés) donde su tarifa puede ser basada en los ingresos y cantidad de personas que viven en su hogar. Podría ser no elegible o negarse a participar en este momento, pero cuando decida solicitar lo siguiente o cambie su situación financiera, puede solicitar al personal de recepción de APHCV el programa y proporcionar los documentos requeridos.

Thank you for choosing us as your health care provider. Please let us know if you have questions or concerns. By signing below you acknowledge and accept our Patient Financial Policy.

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado médico. Por favor déjenos saber si tiene preguntas o preocupaciones. Al firmar este formulario usted reconoce y acepta nuestra Póliza Financiera del Paciente.

X _____
Signature of Patient or Responsible Party/
Firma del Paciente o de la Persona Responsable

Date(Fecha) _____

X _____
Signature of Co-Responsible Party/
Firma de la Persona Co-Responsable

Date (Fecha) _____



**PATIENT SAFETY AGREEMENT
ACUERDO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

At Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV) we do our best to provide a safe place for our patients and visitors to get quality medical care. Therefore, we ask patients and visitors to agree to the following:

En Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV) hacemos nuestro mejor esfuerzo para proporcionar un lugar que nuestros pacientes y visitantes obtengan atención médica de calidad. Por lo tanto solicitamos a nuestros pacientes y visitantes que acepten el siguiente acuerdo.

- RESPECT OTHER CLIENTS AND STAFF:** I promise to respect the privacy and personal safety of all clients and staff of the clinic. I understand that any form of violence or aggressive behavior such as yelling, shouting, hitting, pushing, etc. will not be tolerated. I shall not steal nor vandalize APHCV property (including graffiti).

RESPECTAR OTROS CLIENTES Y PERSONAL: Yo prometo respetar la privacidad y seguridad personal de todo cliente y personal de la clínica. Yo entiendo que cualquier forma de violencia o comportamiento agresivo como el gritar, hablar en voz alta, golpear, empujar, etc. No será tolerado. Yo no debo robar, ni vandalizar la propiedad de APHCV (incluyendo el graffiti).
- NO WEAPONS:** I and anyone who comes with me (friends or family) shall not bring weapons of any kind into the clinic area at any time. I understand that if I bring a weapon such as guns, knives, stun guns or any other type of weapon into the clinic I may be asked to leave. I may also be transferred to another facility for my care. If I am legally permitted to carry a weapon (e.g., if you are a peace officer) I shall tell the front desk when I check in.

NO ARMAS: Yo o alguna persona que me acompañe (amigos, familia) no debe traer ninguna clase de armas consigo a la clínica en ningún momento. Yo entiendo que si traigo un arma tal como pistolas, navajas, armas paralizadoras o otra tipo de armas a la clínica, se me puede pedir que salga de la clínica. También Puedo ser transferido a otra instalación para mi cuidado. Si estoy legalmente autorizado a portar una arma porque soy un oficial o Agente, Debe decir a la recepción al momento de registración.
- NO CRIMINAL ACTS:** I shall not do any criminal acts while at APHCV. I understand that APHCV holds right to report any illegal activities to the authorities.

NO ACTOS CRIMINALES: No hare ningún acto criminal mientras este en APHCV. Yo entiendo que APHCV tiene el derecho de reportar cualquier actividad ilegal a las autoridades.
- WATCH MY CHILDREN AND BELONGINGS:** I shall supervise and regulate any family members and visitors, in particular children, who may come with me to the clinic. I am also responsible in watching my belongings at all times.

CUIDAR DE MIS HIJOS Y PERTENENCIAS: Supervisaré y cuidare a los miembro de la familia y mis visitantes, en particular a niños que vinenn conmigo a la clínica. Yo Soy responsable de mis pertenencias y debo cuidarlas en todo momento.
- ACCEPTING CONSEQUENCES:** I understand the above responsibilities and will follow them to the best of my ability. I understand that the violation of the above expectations may result in refusal or termination of care at APHCV.

ACEPTANDO LAS CONSECUENCIAS: Entiendo las responsabilidades ya mencionadas y las voy a seguiré lo mejor que pueda. Entiendo que la violación de este acuerdo mencionado puede resultar en terminación o el rechazo de la atención de cuidado en APHCV.

Dual: English and Spanish, Revised: 02/07/2020

APHCV Administrative Office | 4216 Fountain Avenue | Los Angeles, California 90029 | 323.644.3880 | www.aphcv.org

Belmont Health Center
180 Union Place
Los Angeles, California 90026
323.644.3885

El Monte/Rosemead Health Center
9960 Baldwin Place
El Monte, California 91731
626.774.2988

John Marshall High School Health Center
3939 Tracy Street
Los Angeles, California 90027
323.665.1129

Los Feliz Health Center
1530 Hillhurst Avenue
Los Angeles, California 90027
323.644.3888

PLEASE LEAVE THIS PAGE BLANK



PATIENT RESPONSIBILITIES
RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV) and its staff work with patients in order for them to receive quality and effective medical care, to achieve this goal, we ask all patients to be informed and agree to the following patient responsibilities. **Please place your initials after reading each statement next to the provided space.**

Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV) y el personal trabaja con los pacientes para que puedan recibir atención medica de calidad y efectiva para lograr el objetivo. Pedimos a todos los pacientes que estén de acuerdo y acepten las siguientes responsabilidades del paciente: coloque sus iniciales en cada declaración junto al espacio indicado.

- 1. PROVIDE INFORMATION:** I shall provide true and complete information about my past and current illnesses, hospitalizations, medications and other matters relating to my health and answer any questions related to it, to the best of my knowledge. I shall provide up-to-date contact information so that APHCV has a way to contact me when it is necessary. Initial _____
PROVEER INFORMACION: Yo proveeré información verdadera y completa acerca de mis enfermedades pasadas y actuales, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con mi salud y a responder a cualquier pregunta relacionada con mi salud a lo mejor de mi conocimiento. Yo proveeré información actualizada de contacto para que APHCV tenga maneras de comunicarse conmigo cuando sea necesario. Inicial _____
- 2. ASK QUESTIONS:** I shall ask questions about my health problems and treatment if they are not clear to me. Initial _____
HACER PREGUNTAS: Yo hare preguntas acerca de mis problemas de salud y tratamiento si es que no están claros para mi. Inicial _____
- 3. CALL FOR APPOINTMENT:** If I am feeling bad or have a question about my health care, I will call the clinic. If I feel I need to come into the clinic for medical care, case management, social services, or prescription refills, I will call first. If appointments are not available, I can walk-in to the clinic without an appointment. As a walk-in, I understand I may have to wait for an appointment and a same day appointment is not guaranteed. Initial _____
LLAMAR PARA UNA CITA: Si me siento mal o tengo preguntas acerca de mi atención medica, llamare a la clínica. Si siento que necesito ingresar a la clínica para atención médica o necesito servicios de administración de casos sociales o surtido de recetas, Yo llamare primero. Si las citas no estan disponibles, puedo ingresar a la clinica sin cita previa, Como persona que entra sin cita previa entiendo que debo esperar una cita que se aga disponible. No hay garantia que seavisto el mismo dia. Inicial _____
- 4. KEEP MY APPOINTMENT:** I shall keep all my scheduled appointments and arrive on time. If I cannot keep my appointment, I will call the clinic and cancel my appointment at least 24 hours before my appointment time. I shall arrive about 20 or 40 minutes prior to my scheduled appointment, depending on my appointment and/or insurance program renewal if needed, to allow enough time to complete my check-in process. *I understand my appointment will be cancelled, re-scheduled or moved to another time if I arrive after my given scheduled check-in time.* Initial _____
MANTENER MI CITA: Me comprometo a mantener todas mis citas, y llegar a tiempo, Si no mantengo mi cita llamare a la clínica y cancelare mi cita, cuando menos 24 horas antes de la hora de la cita programada. Llegaré aproximadamente 20 o 40 minutos antes de mi cita programada, dependiendo de mi cita y / o renovación del programa de seguro si es necesario, para dar el tiempo suficiente para completar mi proceso de verificación. Entiendo que mi cita será cancelada, reprogramada o trasladada a otro horario si llego después de mi hora programada de proceso de verificación. Inicial _____

Dual: English and Spanish, Revised: 02/07/2020

APHCV Administrative Office | 4216 Fountain Avenue | Los Angeles, California 90029 | 323.644.3880 | www.aphcv.org

Belmont Health Center
180 Union Place
Los Angeles, California 90026
323.644.3885

El Monte/Rosemead Health Center
9960 Baldwin Place
El Monte, California 91731
626.774.2988

John Marshall High School Health Center
3939 Tracy Street
Los Angeles, California 90027
323.665.1129

Los Feliz Health Center
1530 Hillhurst Avenue
Los Angeles, California 90027
323.644.3888



5. **RESPONSIBLE FOR MY CARE:** I understand that I am ultimately responsible for my own health care and for that of my family. It is my responsibility to make and keep appointments for treatment of diseases or conditions and preventative care such as health check-ups, immunizations, pap smears, mammograms, or HIV tests. I understand that I am responsible for the outcomes if I do not follow the instructions of health care providers. Initial _____

RESPONSABLE POR MI CUIDADO: Entiendo que, en última instancia, soy responsable de mi propia atención médica y la de mi familia. Es mi responsabilidad hacer y mantener citas para el tratamiento de enfermedades o afecciones y atención preventiva, como chequeos de salud, inmunizaciones, papanicolau, mamografías o pruebas de VIH. Entiendo que soy responsable de los resultados si no sigo las instrucciones de los proveedores de atención médica. Inicial _____

6. **INDIVIDUALS WITH DISABILITIES USING SERVICE ANIMALS:** I understand that I am responsible for the care and supervision of my service animal at all times, which includes leashing, toileting, cleaning up and disposal of animal waste, feeding. I understand that APHCV may require a service animal to be removed from the clinic immediately if APHCV finds any of the following; (a) the service animal is disruptive, out of control; or (b) the service animal causes any harm to patients/staff. Initial _____

INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES QUE UTILIZAN ANIMALES DE SERVICIO: Entiendo que soy responsable del cuidado y la supervisión de mi animal de servicio en todo momento, lo que incluye el correa, el uso del baño, la limpieza y la eliminación de los desechos de los animales, la alimentación. Entiendo que APHCV puede requerir que un animal de servicio sea retirado de la clínica de inmediato si APHCV encuentra cualquiera de los siguientes; (a) el animal de servicio es perturbador, está fuera de control; o (b) el animal de servicio causa cualquier daño a los pacientes /y el personal. Inicial _____

I have read, understood, and agreed to adhere to both the Patient Safety Agreement and the Patient Responsibilities. He leído y entiendo y acepto respetar los dos acuerdos el de La Seguridad del Paciente y las Responsabilidades del paciente.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature (**Please circle one**)
Firma del Paciente/Padre/Tutor legal /Guardian (Circule uno)

Date/Fecha

Print Name
Nombre (imprimir)

MRN#

Dual: English and Spanish, Revised: 02/07/2020

APHCV Administrative Office | 4216 Fountain Avenue | Los Angeles, California 90029 | 323.644.3880 | www.aphcv.org

Belmont Health Center
180 Union Place
Los Angeles, California 90026
323.644.3885

El Monte/Rosemead Health Center
9960 Baldwin Place
El Monte, California 91731
626.774.2988

John Marshall High School Health Center
3939 Tracy Street
Los Angeles, California 90027
323.665.1129

Los Feliz Health Center
1530 Hillhurst Avenue
Los Angeles, California 90027
323.644.3888

(SBHC use only)

Parent verification by: _____

Date: _____



Patient
Identifying Label

Telehealth/Telephone Informed Consent **Telesalud/consentimiento informado telefonico**

1. I agree to receive health care services via Telehealth/Telephone. I understand that:
Acepto recibir servicios de atención médica a través de Telesalud/Teléfono. Entiendo que:
 - a. I have the right to access covered services through an in-person, face-to-face visit or through Telehealth/Telephone.
Tengo derecho de acceder a los servicios cubiertos a través de una visita en persona, cara a cara o a través de Telesalud/Teléfono.
 - b. The use of Telehealth/Telephone is voluntary, and I may withdraw my consent to, or stop receiving services through Telehealth/Telephone at any time without affecting my ability to access covered services in the future.
El uso de Telesalud/Teléfono es voluntario y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de Telesalud/Teléfono en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro.
 - c. My insurance provides coverage for transportation services to in-person services when other resources have been reasonably exhausted.
Mi seguro brinda cobertura para servicios de transporte a servicios en persona cuando otros recursos se han agotado razonablemente.
 - d. There may be limitations or risks related to receiving services through Telehealth/Telephone as compared to an in-person visit. For example:
Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con recibir servicios a través de telesalud/teléfono en comparación con una visita en persona. Por ejemplo:
 - Telehealth/Telephone involves alternative forms of communication that may reduce video and/or audio quality comparing to in person face-to-face visit.
Telesalud/Teléfono involucra formas alternativas de comunicación que pueden reducir la calidad del video y/o audio en comparación con la visita en persona de cara a cara.
 - Telehealth/Telephone sessions could be disrupted, and medical evaluation or treatment could be delayed due to deficiencies or technical failures.
Las sesiones de telesalud/teléfono podrían verse interrumpidas y la evaluación médica o el tratamiento podrían retrasarse debido a deficiencias o fallas técnicas.

- Information transmitted may not be sufficient (e.g., poor resolution of video, poor audio) to allow for appropriate medical decision making by the provider. Your provider may determine that telehealth and/or telephone service are not appropriate for certain evaluation/treatment. La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, resolución de video deficiente, audio deficiente) para permitir que el proveedor tome decisiones médicas adecuadas. Su proveedor puede determinar que la telesalud y/o el servicio telefónico no son apropiados para ciertas evaluaciones/tratamientos.
- Public devices and/or network that may be accessed by someone else other than yourself are not secure and should be avoided. It is strongly recommended to use a secure and/or private device and internet network. Los dispositivos y/o redes públicas a los que puede acceder otra persona que no sea usted no son seguros y deben evitarse. Se recomienda encarecidamente utilizar un dispositivo seguro y/o privado y una red de Internet.
- A timely response to emergencies during Telehealth/Telephone session may be limited. If there is an emergency during a Telehealth/Telephone session, APHCV will contact emergency services and patient's emergency contacts if needed clinically necessary. Una respuesta oportuna a emergencias durante la sesión de Telesalud/Teléfono puede ser limitada. Si hay una emergencia durante una sesión de telesalud/teléfono, APHCV se comunicará con los servicios de emergencia y los contactos de emergencia del paciente si es clínicamente necesario.

2. I have read this document carefully, understand the potential limitations and risks of receiving services via Telehealth/Telephone, and have had my questions answered to my satisfaction.

He leído este documento detenidamente, entiendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios a través de Telesalud/Teléfono, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Signed (Firma): X _____

Patient/Parent/Legal Guardian Signature **(Please circle one)**

_____ Date (Fecha)

Firma del paciente/padre/tutor legal (Por favor circule uno)

Please print full name and relationship to patient if the patient cannot sign this document.

Escriba el nombre completo y la relación con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.

_____ Full name (Print name of **Parent or Legal Guardian**)

_____ Relationship

Nombre completo (Escriba el nombre del **padre o tutor legal**)

Relación

Open Payments Database Notice

English: Open Payments Database Notice

The Open Payment Database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at openpaymentsdata.cms.gov.

Spanish: Aviso de la base de datos de Revelación de Pagos

La base de datos de Revelación de Pagos es una herramienta federal que se utiliza para rastrear los pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en openpaymentsdata.cms.gov.

Thai: ขอแจ้งให้ทราบเรื่อง ฐานข้อมูลสาธารณะ เกี่ยวกับการชำระเงินให้ทางการแพทย์

ฐานข้อมูลสาธารณะ เกี่ยวกับการชำระเงินให้ทางการแพทย์ คือบริการของรัฐบาลกลาง เพื่อให้บุคคลทั่วไปสามารถ ค้นหาการชำระเงินที่ทำโดยบริษัทยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ส่งจ่ายให้แก่แพทย์วิชาชีพ และโรงพยาบาลที่สอนต่างๆ ซึ่งท่านสามารถเข้าไปค้นหาข้อมูลได้ที่หน้าเว็บไซต์ openpaymentsdata.cms.gov.

Khmer: ប្រកាសបើកចំណតមិនដែលតំលៃទុក អំពីការទូទាត់ប្រាក់

ការបើកចំណតមិនដែលតំលៃទុក អំពីការទូទាត់ប្រាក់ គឺជាឧបករណ៍នៃសហព័ន្ធមួយដែលប្រើដើម្បីរកការទូទាត់ប្រាក់ ដែលបានធ្វើឡើងដោយក្រុមហ៊ុនថ្នាំពេទ្យ និងក្រុមហ៊ុនឧបករណ៍ពេទ្យ ឱ្យដល់គ្រូពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យដែលបង្រៀន។ អាចរកឃើញនៅក្នុងវិសាលភាព openpaymentsdata.cms.gov.

Bengali: পেমেন্ট ডাটাবেসের নোটিশ খুলুন

ওপেন পেমেন্ট ডেটাবেস হল একটি ফেডারেল টুল যা ঔষুধ এবং ডিভাইস কোম্পানির দ্বারা চিকিৎসক এবং শিক্ষাদানকারী হাসপাতালগুলিতে করা অর্থপ্রদান অনুসন্ধান করতে ব্যবহৃত হয়। এটি openpaymentsdata.cms.gov এ পাওয়া যাবে।

Japanese: オープンペイメントデータベースのお知らせ

オープンペイメントデータベースは製薬会社や機器会社が医師や教育病院におこなった支払いを検索するために使用される連邦政府のツールです。openpaymentsdata.cms.gov でご確認ください。

Chinese: 打開支付數據庫通知

Open Payment Database 是一種聯邦工具，用於搜索藥品和設備公司向醫生和教學醫院支付的款項。它可以在 openpaymentsdata.cms.gov 找到

Vietnamese: Mở thông báo cơ sở dữ liệu thanh toán

Cơ sở dữ liệu thanh toán mở là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán do các công ty dược phẩm và thiết bị thực hiện cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Nó có thể được tìm thấy tại openpaymentsdata.cms.gov.

Signed: _____

Patient or Patient Representative

Date: _____

PLEASE LEAVE THIS PAGE BLANK



**Su información.
Sus derechos.
Nuestras
responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y como puede acceder usted a esta información.

Revísela con cuidado.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos como hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una carga razonable en base al costo.

Solicite que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos como hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

solicite comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicite que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pagos, operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base a los costos si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página. Puede presentar una queja ante la oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696- 6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara por como compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- La mayoría de los casos en que se comparta notas de psicoterapia

En caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

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

Su tratamiento

- Podemos usar su información compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su estado de salud general.

Funcionamiento de nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios

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

Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro para que pague por sus servicios.

Continúa en la siguiente página

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad

- Podemos compartir información sobre usted para ciertas situaciones tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayudar con la retirada de productos
 - Reportar reacciones adversas de medicamentos
 - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia domestica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud

Cumplimiento de las leyes

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el departamento de salud y servicios humanos si desean ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un examinador médico o director fúnebre

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

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

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
 - En reclamos de compensación de trabajadores
 - Por motivos de seguridad o con un oficial de la ley
 - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación

Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV) no crea ni mantiene notas de psicoterapia según lo definido por HIPAA.

Además de HIPPA, la privacidad del paciente de APHCV está protegida por la ley de confidencialidad de la información médica (CMIA). CMIA es una ley estatal que protege la confidencialidad de la información médica identificable individualmente obtenida por un proveedor de atención médica.

APHCV le pedirá su autorización por escrito cada vez para divulgar los resultados de la prueba del VIH a menos que la divulgación este permitida por la ley.

APHCV le proporciona acceso electrónico a su expediente médico y a otra información que tenemos sobre usted. Por favor pregunte al personal de la oficina de recepción de APHCV como inscribirse en el portal de pacientes de APHCV "MyAPHCV" o comuníquese con el oficial de privacidad al (323) 644-3880 o HIPAA@aphcv.org.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le avisaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda poner en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.
- Para mayor información, visite: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html**, disponible en español.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:

APHCV-Centro de Salud Belmont: 180 Union Place, Los Ángeles, CA 90026

APHCV-Centro de Salud El Monte/Rosemead: 9960 Baldwin Place, El Monte, CA 91731

APHCV-Centro de Salud Secundaria John Marshall: 3939 Tracy Street, Los Ángeles, CA 90027

APHCV-Centro de Salud Los Feliz: 1530 Hillhurst Ave., Los Ángeles, CA 90027

Asian Pacific Health Care Venture, Inc.

Oficina administrativa

4216 Fountain Avenue

Los Ángeles, CA 90029

www.aphcv.org

Para preguntas o más información sobre este documento, comuníquese con el oficial de privacidad: (323) 644-3880 o HIPAA@aphcv.org.