



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Imprime tu nombre completo	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social
Asignación de género al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
Identidad de género		
()	()	
# Telefónico de celular	# Telefónico de Casa	correo electrónico
Raza :	Id. Étnica	
<u>Dirección de correo</u>		<u>DIRECCIÓN FÍSICA</u>
Calle		<input type="checkbox"/> Direction física es igual a direccion de correo
Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACIÓN SOBRE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia	() Número Telefónico	DIRECCIÓN FÍSICA
-----------------------	--------------------------	------------------

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	() # Telefónico
Médico de Cuido Primario	Medico Referente	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Viene a la consulta debido a una lesión de Compensación de Trabajadores? No Sí (si marcó sí, no llene esta sección)
 ¿ Lo estan atendiendo hoy con gravamen debido a lesiones personales? No Sí (si marcó sí, no llene esta sección)

Seguro Primario Información del suscriptor (si no es uno mismo)	Empleador <input type="checkbox"/> Yo soy el suscriptor
Primer nombre, segundo nombre, apellido	Fecha de Nacimiento
	# de Seguro Social
Seguro Secundario Información del suscriptor (si no es uno mismo)	Empleador <input type="checkbox"/> Yo soy el suscriptor
Primer nombre, segundo nombre, apellido	Fecha de Nacimiento
	# de Seguro Social

No contratamos con Medi-Cal. Si Medi-Cal es su seguro secundario entonces la elegibilidad de Medi-Cal será verificada para determinar su responsabilidad financiera para: copagos, parte del costo, deducibles y/o aceptar asignaciones de su seguro primario.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

La información arriba es verdadera a mi mejor saber y entender. Por la presente, autorizo que se paguen mis beneficios de seguro directamente a Robert G. Salazar, M.D. Inc. para servicios rendidos. Entiendo que estoy financieramente responsable de todo servicio médico rendido y que su oficina puede facturar mi plan de seguros directamente como conveniencia para mí, pero que soy personalmente responsable de dichos cargos hasta que sean pagados por completo. También autorizo a Robert G. Salazar, M.D., Inc. a divulgar cualquier información para procesar mi(s) reclamo(s) y/o para proveer tratamientos médicos.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

MEDI-CAL AUTHORIZATION RELEASE

We are not contracted with Medi-Cal. If Medi-Cal is your secondary insurance, Medi-Cal eligibility will be verified to determine your financial responsibility for; co-pays, share of cost, deductibles and/or accepting assignment from your primary insurance.

Do you have Medi-Cal? Yes No

First Name	Last Name	Date of Birth	
Effective Date	Medi-Cal ID#	Social Security #	
Address			
Street	County	City	Zip code

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize MEDI-CAL to release my eligibility status directly to the office of Robert G. Salazar, M.D. Inc. for verification of eligibility and financial responsibility.

Signature	Date
-----------	------



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE

Copago y Deducible

Responsabilidades Financieras del Paciente

Copago y Deducible

Usted es responsable por su deducible y copago. Si su deducible se ha pagado por completo, enviaremos una factura a su plan médico. Si su deducible no se ha pagado por completo, se requiere un pago a la hora del servicio. También se requiere su copago a la hora de servicio.

Asignación

Aceptamos la asignación de la cantidad aprobada como pago completo por los servicios cubiertos a través de los seguros con los que estamos contratados. Usted puede ser responsable de sus deducibles, copago y / o co-seguro. Los seguros no contratados se revisan caso por caso.

Servicios No Cubiertos

Verificaremos la cobertura de servicios ante de proveerlos a usted, sin embargo, si su plan médico decide no cubrir esos servicios, cuando se repasa su reclamo, usted podrá ser responsable por el pago completo para esos servicios.

Cargos por Cancelaciones de Citas

Por medio de este aviso se le ha avisado que puede ser cobrado **\$25** por citas canceladas sin un **mínimo de veinticuatro horas** de aviso (una tarifa por faltar una cita). Esta tarifa es su responsabilidad y no se puede cargar a su plan médico.

Si su visita se relaciona con un caso de compensación de trabajadores, le avisaremos a su proveedor de compensación de trabajadores si su cita se ha cancelado sin un **mínimo de veinticuatro horas** de aviso y/o para una falta de presentarse/faltar su cita.

Un exceso de citas faltadas pueden servir como causas por ser descargado de la práctica. El propósito de esta política es de tener la opción de ofrecerle la hora de la cita a otro paciente.

Arreglos para Pagos

Los pagos se pueden hacer por medio de; Visa, MasterCard, Discover Network, JCB International y American Express.

Pagos por cheque son pagables a: Robert G. Salazar, M.D. Inc y también aceptamos pagos de dinero en efectivo.

Recobro de Impagados

Si es necesario asignar su cuenta a una agencia de recobro de impagados y/o un abogado, usted podrá ser responsable por cada una de nuestras tarifas y costos de la agencia de recobro de impagados y de los abogados.

Con gusto hablaremos con usted sobre cualquier pregunta relacionada con la información arriba. Le damos las gracias por su consideración en estos asuntos y por haber escogido Robert G. Salazar, M.D. Inc para sus necesidades de cuidado médico.

Nombre en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

C A P S S

7152 N. SHARON, STE #102, FRESNO CA 93720
PH (559) 432-6807 FAX (559) 432-6937
www.calpainspine.com



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y REVELAR Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REPÁSELO DETENIDAMENTE.

ENTENDIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Entendiendo lo que se encuentra en su archivo médico y cómo su información médica se usa le ayudará a usted con asegurar su actualización, le permitirá mejor entender quién, qué, cuándo, dónde, y por qué, otros pueden acceder su información médica, le ayudará con hacer decisiones más informadas al autorizar su revelación para otros. Cuando nos visita, mantenemos un archivo de sus síntomas, exámenes, resultados de los exámenes, diagnosis, planes de tratamiento, y otra información médica. También puede que obtengamos archivos médicos de otros proveedores. Al usar y revelar esta información médica protegida (“IMP”), es nuestro objetivo de seguir las Normas de Privacidad de la Ley federal de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act), 45 CFR Parte 464. La ley nos permite usar y revelar IMP sin su autorización específica para tratamientos, pagos, operaciones, y otras razones específicas que se explican en la siguiente página. Esto incluye el reparto de información, cuando sea necesario y apropiado, con otros médicos, según sea necesario para su cuidado continuo. También incluye comunicarse con usted para recuerdos de citas y cuidado de continuo. Todo otro uso y revelación requiere su autorización específica.

SUS DERECHOS EN CONEXIÓN CON SU INFORMACIÓN MÉDICA LE PERMITE:

- Solicitar una restricción sobre los usos y las revelaciones de la IMP según se describe en este aviso, aunque no estamos bajo ningún requisito de concordar con la restricción que usted solicite. Si usted ha pagado por servicios por medio de desembolsos, por completo, y solicita que no revelaremos su IMP, en conexión solamente con esos servicios, satisfaremos su solicitud salvo cuando la revelación sea un requisito legal. Debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad (Privacy Officer). Le avisaremos dentro de (30) días si no podemos concordar con la restricción.
- Obtener una copia en papel de este Aviso y, con una solicitud por escrito, inspeccionar, obtener una copia de sus registros médicos después de un arancel de \$.25 por página y el costo actual del franqueo, según el Servicio Postal de los EEUU, salvo que usted no tenga el derecho de acceder, ni de obtener una copia de, notas e información psicoterapias recopiladas para procedimientos legales. Puede que deneguemos su solicitud de inspeccionar y/o hacer copias de su archivo médico en ciertas circunstancias limitadas. Si se le deniega el acceso a su información médica, usted puede pedir que sea repasada la denegación. Si dicho repaso es un requisito legal, elegiremos un profesional médico licenciado para repasar su solicitud y nuestra denegación. La persona que conduce el repaso no será la persona que denegó su solicitud, y cumpliremos con el resultado del repaso.
- Enmendar su archivo médico por medio de entregar una solicitud por escrito con las razones que soportan la solicitud al Oficial de Privacidad. Para solicitar una enmendación, llene y envíe un Formulario de Enmendación/Corrección de Archivos Médicos al Oficial de Privacidad. Responderemos a su solicitud dentro de sesenta (60) días del recibo de su solicitud escrita, a menos que se requiere tiempo adicional para responder, momento en el cual podemos extender la fecha límite de nuestra respuesta hasta treinta (30) días adicionales y le proveeremos con una explicación por la demora. Podemos denegar su solicitud para una enmendación si no se recibe por escrito o no incluye una razón para soportar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide a enmendar información que: (1) no hemos creado, a menos que la persona o la entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmendación; (2) no es parte de la información médica que mantenemos; (3) usted no sería permitido a inspeccionar o a hacer una copia; o (4) no es preciso o incompleto.
- Obtener una cuenta de las revelaciones de su información médica, salvo que no tenemos el requisito de tomar cuenta de las revelaciones para tratamientos, pagos, operaciones, o en conexión con obtener autorizaciones, entre otras excepciones. Para obtener esta “cuenta de revelaciones,” usted tiene que entregar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud tiene que declarar un plazo de tiempo, que no puede ser más de seis (6) años antes de la fecha en el cual se solicitó la cuenta. Su solicitud debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera cuenta en

cualquier plazo de doce (12) meses se da gratis. Solicitudes adicionales para las cuentas de las revelaciones pueden resultar en cargos para usted para cubrir los costos de proveer dicha contabilidad. Le avisaremos del costo envuelto, y usted puede elegir a retirarse o modificar su solicitud antes de incurrir algún costo. Responderemos a su solicitud para una cuenta de revelaciones dentro de sesenta (60) días del recibo de su solicitud escrita, a menos que se requiere tiempo adicional para responder, momento en que podemos prolongar la fecha límite de nuestra respuesta hasta treinta (30) días adicionales y le proveeremos una explicación con la razón por la demora.

- Solicitarle por escrito al Oficial de Privacidad que nos comuniquemos con usted por un medio específico y a una dirección específica. Típicamente nos comunicaremos con usted en persona; o por cartas, e-mail, fax, y/o teléfono.
- Revocar una autorización para usar o revelar IMP en cualquier momento salvo cuando ya se ha tomado una acción.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES SEGÚN LOS REQUISITOS LEGALES:

- Mantener la privacidad de la IMP y proveerle con un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la IMP.
- Cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Tenemos el derecho de cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad y aplicaremos el cambio a su IMP entera, incluso la información obtenida antes del cambio.
- Publicar un aviso de cualquier cambio a nuestra Política de Privacidad en la entrada, o en nuestro sitio web para nuestra práctica (si existe), y tener una copia disponible para usted a solicitud.
- Avisarle a los individuos afectados después de una violación de IMP no asegurada.
- Usar o revelar su IMP solamente con su autorización salvo como sea descrito en este aviso.
- Seguir la ley más rigurosa en cualquier circunstancia cuando otra ley estatal o federal puede restringir aún más la revelación de su IMP.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA, COMUNÍQUESE CON EL OFICIAL DE PRIVACIDAD AL: CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS

7152 North Sharon, Suite 102
Fresno, California 93720
Teléfono: 559.432.6807

Si siente que se han violado sus derechos, puede entregar una queja por escrito con el Oficial de Privacidad. Si no está satisfecho con la resolución de la queja, también puede entregar una queja con la Oficina de Derechos Civiles, o por medio de escribirle a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar 1-877-696-6775, o al visitar

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Entregando una queja no resultará en represalias.

Podemos usar o revelar su IMP para tratamientos, pagos, u operaciones, y con los propósitos descritos abajo:

TRATAMIENTOS

Usaremos e intercambiaremos información obtenida por un médico, enfermera especializada, enfermera, u otro profesional médico, personal, becario y voluntario, en nuestra oficina para determinar su mejor dirección para tratamientos. La información obtenida de usted o de otros proveedores formará parte de sus archivos médicos. También podemos revelar su IMP a otros profesionales médicos y miembros del personal externo de tratamiento según se estime necesario para su cuidado. *Por ejemplo*, podemos revelar su IMP a un médico externo para una referencia. También proveeremos sus proveedores de cuidado médico con copias de varios reportes para asistirlos con su tratamiento. Si es atleta, y desea avisarle a su entrenador o instructor, podemos revelar la IMP a entrenadores e instructores atléticos en conexión con condiciones médicas que pueden restringir su habilidad de competir.

PAGOS

Podemos usar y revelar la información médica protegida sobre usted para que los tratamientos y servicios que usted recibe en esta oficina puedan ser facturados y colectados de usted, una compañía de seguro, o un partido tercero. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted o a su proveedor del seguro. La información sobre o acompañando la factura puede incluir información que lo identifique, así como la porción de su IMP necesaria para obtener pagos.

OPERACIONES DE CUIDO MÉDICO

Miembros del personal médico, becarios, estudiantes médicos, un equipo de Riesgos o de Mejoramiento de Calidad, o miembros de un personal similar pueden usar su información para evaluar el cuidado y los resultados de su cuidado en el esfuerzo de un mejoramiento de calidad del cuidado y servicios médicos que proveemos o para propósitos educacionales. *Por ejemplo*, un equipo de repases internos

puede repasar sus archivos médicos para determinar cuán apropiado es su cuidado. Además, pueden haber ocasiones en los cuales nuestros contadores, auditores, especialistas de información médica, o abogados pueden repasar su IMP para cumplir con sus propias responsabilidades.

OTROS USOS Y REVELACIONES QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN

- **Socios Profesionales:** Algunos servicios se proveen a nuestra organización por medio de contratos con socios profesionales, como servicios de laboratorio y radiología. Podemos revelar su información médica personal a nuestros socios personales para poder desarrollar estos servicios. Requerimos que los socios profesionales salvaguarden su información con nuestras normas.
- **Aviso:** Podemos revelar una cantidad limitada de información médica a amigos o miembros de familia que usted identifique como personas envueltas en su cuidado o que le ayudan con sus pagos. También podemos avisarle a un miembro de familia, u otra persona responsable por su cuidado, con respecto a su ubicación y condición general.
- **Revelaciones Legalmente Requeridas y la Salud Pública:** Podemos revelar la IMP según requisitos legales, o en una variedad de circunstancias autorizadas por ley federal o estatal. Por ejemplo, podemos revelar la IMP a oficiales gubernamentales para evitar una amenaza seria contra la salud o la seguridad o con propósitos para la salud pública, como prevenir o controlar una enfermedad comunicable (que puede incluir avisarle a individuos que pueden haberse expuesto a la enfermedad, aunque en dichas circunstancias usted no sería personalmente identificada), la vigilancia de agencias federales o estatales, el abuso o descuido de niños, violencia doméstica, a un empleador para evaluar lesiones relacionadas con el empleo, y a oficiales públicos para reportar nacimientos y fallecimientos.
- **Cuerpos Policiales y Citaciones:** Podemos revelar la IMP a los cuerpos policiales tal como información limitada con propósitos de identificación y ubicación, o información sobre sospechadas víctimas de un crimen, incluso crímenes cometidos en nuestras instalaciones. También podemos revelar la IMP a otros según los requisitos judiciales u órdenes administrativas, o en respuesta a un citatorio o citación válida.
- **Información Sobre Descendientes:** Podemos revelar información médica sobre una persona difunta a: 1) forenses médicos y examinadores médicos para identificar la causa de una muerte u otros deberes 2) directores funerarios para sus deberes requeridos, y 3) a organizaciones de adquisición con el propósito de donar órganos y tejidos.
- **Investigaciones:** También podemos revelar la IMP cuando hace una revelación solamente con el propósito de diseñar un estudio, o cuando la revelación se refiere a descendencias, o si una conjunta institucional de repasos o conjunta privada ha determinado que no es viable obtener autorización y hay protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información médica. En cualquier otra situación, solamente podemos revelar la IMP con el propósito de investigaciones con su autorización.
- **Mercadotecnia y Recaudación de Fondos:** Podemos comunicarnos con usted con información sobre alternativas para tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden interesarlo. También podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de una recaudación de fondos, a menos que nos instruye a no hacerlo.
- **Información de Directorios:** Podemos revelar una cantidad limitada de información, con respecto a su nombre y ubicación para los propósitos del directorio, a personas que preguntan sobre usted por nombre o a miembros del clero. Usted puede solicitar que no incluyamos su nombre en el directorio.

REVELACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

La revelación de información médica, aparte de los que se han identificado arriba, ocurrirán con una autorización del paciente, que usted tendrá el derecho de revocar en cualquier momento, salvo al grado que ya nos hemos confiado de la autorización o en el evento de una emergencia.



CALIFORNIA ADVANCED
PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

ACUSE DE RECIBO

La ley federal requiere que pidamos su acuse de recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Por favor firme abajo.

Yo acuso que he recibido y/o se me ha ofrecido este Aviso de Prácticas de Privacidad con la fecha efectiva de _____, y entiendo que si tengo alguna pregunta con respecto a este Aviso, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad.

Firma

Fecha de Nascimento

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Por favor indique cómo prefiere recibir comunicaciones por medio de proveer una de las siguientes:

Por teléfono () _____ Por correo _____

Solo para Uso de la Oficina

Signed Acknowledgment of Receipt received on: _____

Notice of Privacy Practices sent/delivered on: _____

Patient Refused or Failed to Acknowledge Receipt on: _____



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

El Cumplimiento de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información médica sobre usted. Falta de proveer toda información solicitada puede invalidar esta Autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____ mediante esto autorizo **Surescripts** que le divulgue a:

(Nombre del Paciente)

California Advanced Pain & Spine Specialists at 7152 N. Sharon Avenue, Suite 102, Fresno, California 93720 la siguiente información: El historial médico actual, incluso ambos mi historial médico anterior, medicamentos descontinuados y mis medicamentos futuros que pueden ser prescritos hasta que se revoque este consentimiento. El propósito del uso o divulgación solicitada para verificar medicamentos actuales e interacciones farmacológicas. Límites si existen: Ningún

Además, por la presente autorizo a **California Advanced Pain & Spine Specialists** que revele la siguiente información médica:

- a. Información financiera y sobre facturación.
- b. Comunicaciones verbales sobre las horas de citas.
- c. Solicitudes para recargas de recetas, incluso recoger recetas.
- d. Todos los antecedentes.

A: Cuidador Cónyuge Otro, Relación _____ Nombre: _____

El propósito de la solicitud del uso o divulgación sobre (a) (b) (c) o (d): Solicitud del paciente request

VENCIMIENTO

Esta autorización se vence tres años después de la fecha de la firma.

MIS DERECHOS

- Tengo el derecho de rehusar a firmar esta autorización. Mi rehusó no afectará mi habilidad de obtener tratamientos ni pagos ni elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información sobre la cual se me pide que permita el uso o la divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero tengo que hacerlo por escrito y entregarlo a la siguiente dirección: 7152 N. Sharon Avenue, Suite 102, Fresno, California 93720.

Mi revocación tomará efecto tras su recibo, salvo al grado que otros han actuado en confianza sobre esta autorización. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización
La información divulgada en cumplimiento con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente. Dicha divulgación subsecuente, en ciertos casos, no será protegida por leyes estatales y puede ser que no sean protegidas por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica la revele de nuevo a menos que se obtenga otra autorización para dicha divulgación de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley

FIRMA

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firmada por: paciente representante legal

Si fue firmada por alguien aparte del paciente, declare su relación legal con el paciente y provea la documentación apropiada.

Print name: _____ Relationship: _____ Staff's Initials: _____

INVENTARIO DE BECK DE ANSIEDAD

DIRECCIONES: Abajo se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedades. Por favor lea atentamente cada artículo en la lista. Indique cuánto le ha molestado ese síntoma durante el mes pasado, incluso hoy, por medio de marcar la caja en el espacio correspondiente, en la columna al lado de cada síntoma.

	Para Nada	Levemente pero no me molestó mucho	Moderadamente A veces no fue agradable	Severamente -me molestó mucho
Entumecimiento u hormigueo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentido caliente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Inestabilidad de las piernas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Incapaz de relajar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Temer que llegará a pasar lo peor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vértigo o mareo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Latidos acelerados del corazón	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Inestable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Aterrorizado o temeroso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentido de sofocación	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Manos temblorosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tembloroso/inestable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Temor de perder el control	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dificultad con respirar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Temor de morir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Con miedo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Indigestión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Desmayo / mareado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Cara ruborizada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sudor caliente/frío	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Suma de Columnas				

Inventario de Beck para la Depresión

Por favor marque una caja para cada pregunta enumerada abajo

- | | |
|--|--|
| <p>1 0 <input type="checkbox"/> No me siento triste.</p> <p> 1 <input type="checkbox"/> Me siento triste.</p> <p> 2 <input type="checkbox"/> Siempre estoy triste y no puedo sacudírmelo.</p> <p> 3 <input type="checkbox"/> Estoy tan triste y descontento que no lo aguanto.</p>
<p>2 0 <input type="checkbox"/> No estoy particularmente desanimado sobre el futuro.</p> <p> 1 <input type="checkbox"/> Me siento desanimado sobre el futuro.</p> <p> 2 <input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que anhelar.</p> <p> 3 <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperado y que las cosas no pueden mejorar.</p> | <p>3 0 <input type="checkbox"/> No me siento como un fracaso.</p> <p> 1 <input type="checkbox"/> Siento que he fallado más que una persona típica.</p> <p> 2 <input type="checkbox"/> Mirando mi vida en el pasado, lo único que puedo ver son muchos fallos.</p> <p> 3 <input type="checkbox"/> Siento que soy un fracaso total como persona.</p>
<p>4 0 <input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto hoy como antes.</p> <p> 1 <input type="checkbox"/> No disfruto las cosas como antes.</p> <p> 2 <input type="checkbox"/> Nada realmente me satisface como antes.</p> <p> 3 <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido con todo.</p> |
|--|--|



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

Herramienta sobre el Riesgo de Opioides (ORT) Formulario del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha: ____ / ____ / ____

Por favor responda a las preguntas abajo usando la siguiente escala:

0= Nunca 1= Raramente 2= A Veces 3= Seguido 4= Muy Seguido

1. ¿Cada cuánto pasa usted por altibajos emocionales? 0 1 2 3 4
2. ¿Cada cuánto fuma un cigarrillo dentro de una hora después de amanecer? 0 1 2 3 4
3. ¿Cada cuánto ha tomado medicamentos de una manera diferente de las instrucciones de la receta? 0 1 2 3 4
4. ¿Cada cuánto ha usado drogas ilegales (por ejemplo la marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años? 0 1 2 3 4
5. ¿Cada cuánto, en su vida, ha pasado por problemas legales o ha sido detenido? 0 1 2 3 4



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

Por favor marque lo siguiente: ¿Cómo describe su dolor?

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palpitante | <input type="checkbox"/> Achaque | <input type="checkbox"/> Punzante | <input type="checkbox"/> Pesado | <input type="checkbox"/> Deprimente |
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Sensitivo | <input type="checkbox"/> Acalambrante | <input type="checkbox"/> Bromar | <input type="checkbox"/> Fatigoso |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Hendedor | <input type="checkbox"/> Cruel | | |

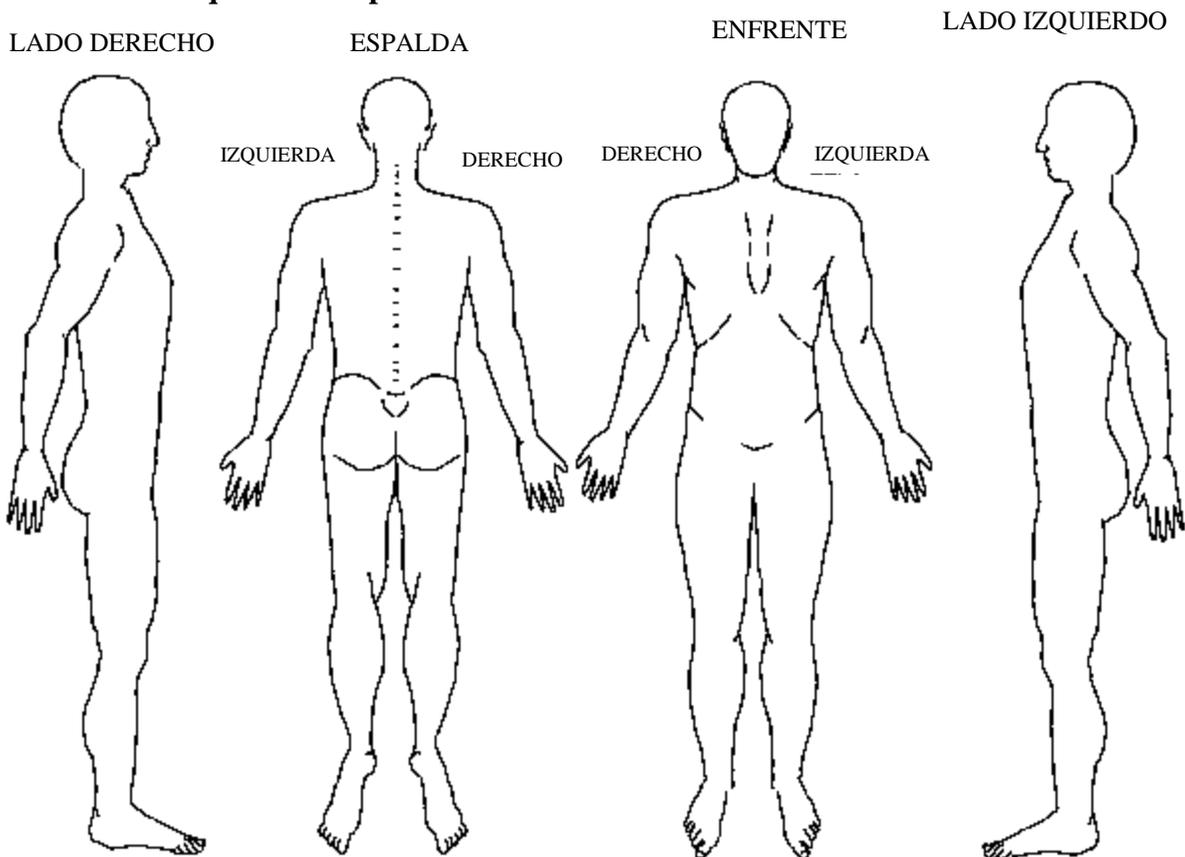
Intensidad del Dolor

- Leve Mediano Severo

Frecuencia de dolor:

- Ocasional 25 % Intermitente 50 % Frecuentemente 75 % Constante 100 %

Por favor circule las áreas que usted experimenta dolor



C A P S S

7152 N. SHARON, STE #102, FRESNO CA 93720
PH (559) 432-6807 FAX (559) 432-6937
www.calpainspine.com



CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS



ROBERT G. SALAZAR, M.D.

ALIREZA ABDOLLAHI-FARD, M.D.

Evaluación del Historial Médico

Nombre : _____ Fecha de Nac _____ / _____ / _____ Fecha : _____ / _____ / _____

Por favor marque las que apliquen

RESPIRATORIO

- ASMA TOZ CRÓNICA FUMADORA ENFISEMA SILBIDO
 PULMONÍA FIEBRE DEL VALLE COPD (Enf. Pulm. Obstructiva Crónica)

CARDIOVASCULAR

- PRESIÓN ARTERIAL ALTA STENTS ANGINA FIEBRE REUMÁTICO
 LATIDO CARDÍACO IRREGULAR DOLOR EN EL PECHO ATAQUE CARDÍACO
 COÁGULO SANGUÍNEO CHF (Insuficiencia Cardíaca Congestiva) SOPLO DEL CORAZÓN

METABÓLICO/ENDOCRINO

- DIABETES DESORDEN DE LOS TIROIDES PROBLEMAS CON RIÑONES

SISTEMA INMUNE

- ESTEROIDES RECIENTES CÁNCER LEUCEMIA QUIMIOTERAPIA
 TERAPIA DE RADIACIÓN PÉRDIDA DE PESO INEXPLICADA SUDORES NOCTURNOS
 LINFOMA

HEMA/HEPÁTICO/GI

- ACIDEZ FRECUENTE DESORDEN CON SANGRAR HEPATITIS/ ICTERICIA
 DIFICULTAD CON TRAGAR DIFICULTADES CON EL COLON PROBLEMAS ESTOMACALES
 ANEMIA HERNIA HIATAL

MUSCULOESQUELÉTICO/NEURO

- DOLORES DE CABEZA/MIGRAÑAS DESVANECIMIENTOS/DESMAYOS ENTUMECIMIENTO
 MOVIMIENTO LIMITADO DE LAS COYUNTURAS PROBLEMAS MUSCULARES/NERVIOS
 CONVULSIONES CARRERAS SALUD MENTAL

¿Su dolor es el resultado de una lesión?? No SI, Si es así, ingrese la FECHA DE LA LESIÓN _____

ANESTESIA/ HISTORIAL QUIRÚRGICO

POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TÉRMINOS DE USO

Por favor repase su Política de Privacidad y Términos de Uso para entender nuestras prácticas y los términos y condiciones bajo los cuales se le otorga a usted los derechos de acceder y usar este sitio Portal de Pacientes.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Cuando visita el Portal de Pacientes de Robert G. Salazar, M.D., Inc. (“Dr. Salazar”) o nos envía emails, usted se comunica con nosotros electrónicamente. Usted consiente a recibir comunicaciones de nuestra parte electrónicamente. Nos comunicaremos con usted cuando lo consideramos apropiado por email o por medio de publicar avisos en el sitio. Usted está de acuerdo que todo acuerdo, aviso, divulgación, y otra comunicación que le proveemos electrónicamente satisface cualquier requisito legal que dicha comunicación sea por escrito.

EL PORTAL DE PACIENTES NO INTENTA PROVEER AVISOS MÉDICOS

EL CONTENIDO DEL SITIO NO INTENTA DE NINGUNA MANERA SER UN SUSTITUTO PARA CONSEJO MÉDICO PROFESIONAL DE SU EQUIPO DE CUIDO MÉDICO. TODO CONTENIDO PROVISTO POR DR. SALAZAR EN SU PORTAL DE PACIENTES ES GENERAL DE NATURALEZA, SE PRESENTA COMO UN RESUMEN, Y SOLAMENTE SE PROVEE CON EL PROPÓSITO DE INFORMAR PARA MEJORAR SU COLABORACIÓN CON SU EQUIPO DE CUIDO MÉDICO. **ESTA PÁGINA DE LA RED NO SE PROVEE CON LA INTENCIÓN DE SER USADA EN EL DIAGNOSIS DE ENFERMEDADES NI PARA OTRAS CONDICIONES, NI PARA CURAR, MITIGACIÓN, TRATAMIENTOS, NI LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. SIEMPRE BUSQUE EL CONSEJO DE SU MÉDICO U OTRO PROFESIONAL CALIFICADO DE CUIDO MÉDICO CON SUS PREGUNTAS SOBRE UNA CONDICIÓN, DECISIÓN, PAUTA, ADMINISTRACIÓN, O TRATAMIENTO MÉDICO O CLÍNICO. NO SE CONFÍE DEL CONTENIDO, PAUTAS, PRODUCTOS, NI NINGÚN OTRO SERVICIO OFRECIDO POR O POR MEDIO DEL PORTAL DE PACIENTES O EL SITIO SOBRE DECISIONES MÉDICAS O CLÍNICAS, DIAGNÓSTICOS, ADMINISTRACIÓN O TRATAMIENTO. NUNCA MENOSPRECIE NINGÚN AVISO MÉDICO NI TARDE EN BUSCARLO DEBIDO A ALGO QUE HA LEÍDO EN ESTE SITIO. NO USE ESTE PORTAL DE PACIENTES PARA COMUNICARSE CON DR. SALAZAR CON RESPECTO A UN PROBLEMA MÉDICO URGENTE NI PARA UNA EMERGENCIA MÉDICA. SI USTED TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA O ASUNTO MÉDICO URGENTE LLAME LA OFICINA DE DR. SALAZAR DURANTE LAS HORAS NORMALES DE NEGOCIOS, Y PARA BUSCAR TRATAMIENTOS DESPUÉS DE LAS HORAS REGULARES DE NEGOCIO, A UN CUARTO DE URGENCIAS O EMERGENCIAS, O LLAME EL 911.**

SU INFORMACIÓN PERSONAL

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tendrá que proveer una Identificación de Usuario y contraseña para acceder y usar este servicio. Cuando baja su información personal de su fuente de datos (incluso, por ejemplo, información médica de visitas a proveedores de cuidado médico) el Portal guardará su información personal.

SU CUENTA

Si usted usa este sitio, usted es responsable de mantener la confidencialidad de su cuenta y contraseña y de restringir el acceso a su computadora, y usted concede aceptar la responsabilidad para toda actividad que ocurra bajo su cuenta o contraseña. Dr. Salazar reserva el derecho de rehusar servicios, terminar cuentas, remover o cambiar el contenido, o cancelar órdenes en su único criterio.

Además, podemos automáticamente acumular información estadística general sobre nuestro sitio de la red y los usuarios, como direcciones IP, navegadores, páginas visitadas y la cantidad de visitantes, pero en hacerlo no nos

referiremos a usted por nombre individual, email, dirección, ni número telefónico. Usamos estos datos en la suma para determinar cuánto nuestros clientes usan partes de nuestro sitio para poder mejorar nuestro sitio. Podemos proveer esta información estadística a terceras partes, pero si lo hacemos no proveeremos ninguna información de identificación personal sin su autorización previa. No vendemos ni rentamos ni compartimos información personal identificadora colectada durante su uso de nuestro sitio web sin su permiso. Colectamos y guardamos su perfil para que usted pueda manejar su salud.

Como parte de nuestro servicio, podemos usar cookies para almacenar y a veces monitorear información sobre usted. Las cookies son una cantidad pequeña de datos que se envían a su navegador de un servidor web y se guarda en el disco duro de su computadora. Generalmente, usamos cookies para: (i) acordarnos de su identidad y para facilitar nuestro acceso a su información de su cuenta para que usted no tenga que entrarlo de nuevo; (ii) acumular información estadística sobre el uso por usuarios registrados o no registrados, e (iii) investigar los patrones de visitas. Además, podemos, en el futuro, usar cookies para: (i) ayudar con dirigir publicidades basadas en intereses del usador; (ii) ayudar a nuestros socios a monitorear visitas y procesar órdenes; y (iii) monitorear el progreso y la participación en promociones. En algunas instancias, nuestros socios y anunciantes que aparecen en nuestro sitio pueden usar sus propias cookies. Las configuraciones de las preferencias y opciones en su navegador determinan de qué modo las cookies serán aceptadas. Usted puede cambiar esas configuraciones en su computadora si desea. Por medio de cambiar sus preferencias, usted puede aceptar toda cookie, puede ser avisado cuando se fija una cookie, o puede rechazar toda cookie. Si lo hace y las cookies son desactivadas, puede que se requiera entrar su información de nuevo más seguido y ciertas funciones de nuestro sitio pueden estar indisponibles.

LA SEGURIDAD

Empleamos métodos razonables y corrientes de seguridad para prevenir el acceso no autorizado, mantener la precisión de datos, y para asegurar el uso correcto de la información, y la información de su cuenta y perfil se protegen con una contraseña. Recomendamos que usted no divulgue su contraseña a ninguna persona. Nuestro personal nunca le pedirá su contraseña ni por medio de una llamada telefónica no solicitada ni en un email no solicitado. Acuérdesse de cerrar la sesión de su cuenta y cierre la ventana de su navegador cuando ha cumplido con su sesión. Esto sirve para asegurar que nadie más podrá acceder su información y correspondencia personal si comparte su computadora con alguien más o usa una computadora en un lugar público en donde otros pueden tener acceso a ello. Acuérdesse que ciertas partes del sitio web que usted visite pueden ser áreas públicas, ya sean únicamente para usuarios dentro de una práctica o para cualquier usador de nuestro portal. Siempre y cuando usted voluntariamente revele su información personal en línea – por ejemplo en tableros de mensaje, por medio de email o en áreas de charla – esa información puede ser colectada y usada por otros. Ninguna transmisión de datos por medio de Internet ni ninguna otra red inalámbrica puede ser garantizada a ser perfectamente segura. Por consiguiente, aunque tratamos de proteger su información personal, no podemos asegurar ni garantizar la seguridad de ninguna información que usted nos envíe, y lo hace bajo su propio riesgo. Hemos tomado los pasos que se requieren de nosotros bajo Tecnología para Información Médica para la Salud Económica y Clínica (conocida en inglés como Health Information Technology for Economic and Clinical Health ["HITECH"]) y HIPAA para proteger la seguridad y privacidad de toda información de los pacientes almacenada en nuestro sitio web.

POLÍTICA MENOR

No tenemos ningún modo de monitorear ni distinguir la edad de los individuos que acceden este sitio y llevamos a cabo la misma Política de Privacidad para individuos de toda edad. Si un menor nos ha provisto con información de identificación personal sin el consentimiento de los padres o guardianes, el padre o el guardián debe comunicarse con la práctica para restringir y remover la información. Usted constituye que usted tiene suficientes años de edad legal para usar este sitio y de crear obligaciones legales vinculantes para toda responsabilidad que usted pueda incurrir como resultado del uso de este sitio. Usted entiende que usted es financieramente responsable de todo uso de este sitio hecho por usted y los que usan su información de acceso.

CÓMO PUEDE EXCLUIRSE

Usted tiene que avisarnos para retirarse del Portal de Pacientes. Por favor comuníquese con la oficina de Dr. Salazar si desea excluirse o terminar el uso de este Portal de Pacientes.

LICENCIAS Y ACCESO AL SITIO

Dr. Salazar le otorga una licencia limitada para acceder y hacer el uso personal de este sitio y no bajarlo (aparte del almacenamiento ambiental de la página), ni modificarlo, ni ninguna porción de ello, excepto con herramientas provistas por Dr. Salazar o con el consentimiento expreso por escrito de Dr. Salazar. Esta licencia no incluye ningún

uso de reventa ni comercial de este sitio ni sus contenidos; ningún derecho de hacer ni establecer usos derivados de este sitio ni de sus contenidos; ninguna descarga ni copia de información de cuentas para el beneficio de otra parte – salvo como se permita de otra manera bajo el sitio (es decir, un padre/guardián/menor relacionado); ni cualquier uso de minería de datos, robots, o colección similar de datos ni herramientas de extracción. Este sitio o cualquier porción de este sitio no deben ser reproducidos, duplicado, copiado, vendido, revendido, visitado, o de alguna manera explotada con ningún propósito comercial sin el consentimiento expreso por escrito de Dr. Salazar. Usted no puede enmarcar ni utilizar técnicas de enmarcar para encerrar ninguna marca, logotipo, ni ninguna otra información propietaria (incluso imágenes, textos, diseños de páginas, o formulario) de Dr. Salazar ni de proveedores terceros sin el consentimiento expreso por escrito. Usted no puede usar ninguna marca meta ni ningún otro "texto oculto" utilizando el nombre de Dr. Salazar ni las marcas sin consentimiento expreso por escrito de Dr. Salazar. Todo uso no autorizado termina el permiso o la licencia otorgada por Dr. Salazar. Se le otorga un derecho limitado, revocable, y no exclusivo de crear un hiperenlace solamente directamente a la página principal de Dr. Salazar con tal que el enlace no represente Dr. Salazar ni sus productos ni servicios de una manera falsa, engañosa, derogatoria, o de otra manera ofensiva. No tiene permiso para usar ningún logotipo de Dr. Salazar logo ni otra gráfica ni marca propietaria como parte del enlace sin permiso expreso por escrito. Este portal de pacientes y los programas asociados son licenciados por Dr. Salazar por *General Electric Company* y se sujeta a restricciones adicionales y límites sobre su uso impuesto por *General Electric Company*

DESCARGO DE GARANTÍAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

SE PROVEE ESTE SITIO "TAL COMO SEA" Y "SEGÚN SEA DISPONIBLE." DR. SALAZAR NO HACE REPRESENTACIONES NI GARANTÍAS DE NINGUNA CLASE, EXPRESAS NI IMPLICADAS, EN CONEXIÓN CON LA OPERACIÓN DE ESTE SITIO O LA INFORMACIÓN, EL CONTENIDO, MATERIAS, O PRODUCTOS INCLUIDOS EN ESTE SITIO. USTED CONCEDE EXPRESAMENTE QUE SU USO DE ESTE SITIO SE HACE A SU RIESGO EXCLUSIVO. AL ALCANCE MÁXIMO PERMISIBLE POR LA LEY APLICABLE, RENUNCIAMOS TODA GARANTÍA, EXPRESA O IMPLÍCITA, INCLUSO, PERO NO LIMITADA A, GARANTÍAS IMPLÍCITAS DE COMERCIABILIDAD Y APTITUD CON CUALQUIER PROPÓSITO PARTICULAR. NO GARANTIZAMOS QUE ESTE SITIO, SUS SERVIDORES, NI UN EMAIL ENVIADO POR NOSOTROS SEA LIBRE DE VIRUSES U OTROS COMPONENTES DAÑINOS. NO SEREMOS RESPONSABLES POR NINGÚN DAÑO DE CUALQUIER CLASE QUE SURJA DEL USO DE ESTE SITIO, INCLUSO, PERO NO LIMITADO A DAÑOS DIRECTOS, INDIRECTOS, INCIDENTALES, PUNITIVOS, Y CONSECUENCIALES.

EXONERACIÓN

Debido al hecho que no usamos el Portal de Pacientes para rendir avisos médicos, en el evento que usted tenga una disputa con algún individuo y/o entidad que surja de nuestro uso del Portal de Pacientes, usted exonera Dr. Salazar (y sus oficiales, directores, agentes, nuestros oficiales, directores, agentes, sucursales, y empleados) de reclamos, demandas, y daños (actuales y consecuenciales) de toda clase y naturaleza, conocida y desconocida, sospechada y no sospechada, divulgada y no divulgada, que surja de o de alguna manera sea conectada con dichas disputas. Además, renuncia el Código Civil de California §1542, que declara: " La exención general no se extiende a las demandas cuya existencia en su favor los acreedores no sepan ni sospechen al momento de ejecutar la exención, lo cual de haber tenido conocimiento se hubiera afectado de forma considerable su acuerdo con el deudor."

FALTA DE RESPONSABILIDAD POR ENLACES DE O A OTROS SITIOS

Este Portal de Pacientes puede contener líneas a otros sitios web y otros sitios web pueden conectarse a este portal. Estos enlaces solamente se proveen para su conveniencia. Dr. Salazar no controla los otros sitios y no asume ninguna responsabilidad ni obligación por ellos, incluso todo contenido o servicio que le sea provisto por dichos sitios. Usted no debe considerar ningún enlace de otro sitio como una aprobación de ese sitio por Dr. Salazar.

REPASOS, COMENTARIOS, COMUNICACIONES, FOROS, Y OTRO CONTENIDO

Los visitantes pueden publicar repasos, comentarios, y otro contenido; enviar comunicaciones, tomar parte en cuartos de charla, y entregar sugerencias, ideas, comentarios, preguntas, u otra comunicación, con tal que el contenido no sea ilegal, obsceno, amenazante, difamatoria, invasiva de privacidad, infractora de derechos de propiedad intelectual, o de otra manera injuriosa a partes terceras u objetable y no consista ni contenga virus de aplicaciones, no consista de campañas políticas, solicitudes comerciales, cartas en cadena, envíos en masivo, ni cualquier otra forma de "spam" (correo no deseado). No debe usar una dirección email falso, hacerse pasar por alguna otra persona ni entidad, ni de otra manera engañar con respecto al origen de algún contenido. Usted concede

que no subirá ni transmitirá ninguna comunicación que viole un patente, marca, secreto comercial, marca de servicio, derecho de autor, ni ningún otro derecho propietario de otra parte. Dr. Salazar reserva el derecho (pero no la obligación) de remover o cambiar dicho contenido, pero no repasa regularmente el contenido publicado. Por favor acuérdesse que cualquier información (incluso información personal y médica) que usted divulga en un foro público del Portal de Pacientes (como el tablero de anuncios, publicaciones, cuartos/eventos de charla) no son protegidas por esta Política de Privacidad. Partes terceras no relacionadas con el Portal de Pacientes pueden ver tales publicaciones. Si publica contenido o entrega materiales, y a menos que indiquemos lo contrario, usted le otorga a Dr. Salazar el derecho no exclusivo, libre de derechos reales, perpetuos, irrevocables, y completamente sub licenciable de usar, producir, modificar, adaptar, publicar, traducir obras derivadas, distribuir, y exhibir dicho contenido por todo el mundo en cualquier medio. También le otorga a Dr. Salazar y sus sub licencias el derecho de usar el nombre que usted somete en conexión con dicho contenido, si desea hacerlo. Usted representa y garantiza que usted es dueño o de otra manera controla todo derecho al contenido que usted publica; dicho contenido es preciso; dicho uso del contenido que usted provee no viola esta Política de Privacidad y no causará daño a ninguna persona ni entidad; y que usted indemniza Dr. Salazar por todo reclamo que resulte del contenido que usted provee. Usted garantiza que sus comunicaciones cumplen con las leyes federales, locales, e internacionales con respecto a la marca, secretos de fábrica, marca de servicios, derechos de autor, u otro derecho propietario de cualquier otra parte. Dr. Salazar no toma responsabilidad ni asume ninguna obligación por el contenido publicado por usted ni ninguna otra parte tercera.

EL CONTROL DE INFORMACIÓN

No controlamos la información provista por otros usuarios que se hace disponible por medio de nuestro sistema. Puede que considere alguna información de otros usuarios ofensiva, dañina, imprecisa, o engañosa. Por favor use cautela, el sentido común, y practique intercambios seguros cuando usa nuestro sitio. Por favor note que también existen riesgos con tratar con menores de edad o gente representándose bajo pretextos engañosos.

MODIFICACIONES Y SEPARABILIDAD

Reservamos el derecho de hacer cambios a nuestro sitio, las políticas, y estas Condiciones de Uso en cualquier momento. Cualquier cambio a nuestras políticas puede comunicarse por medio de nuestro sitio web por lo menos antes de su fecha efectiva. Toda información colectada antes que se haga algún cambio, será asegurada de acuerdo con las políticas previas. Si alguna de estas condiciones se considerará inválida, nula, o por alguna otra razón inaplicable, esa condición se considerará separable y no afectará la validez ni la aplicabilidad de toda condición que permanezca.

GENERAL

Este Acuerdo será regido en todo respecto por las leyes del Estado de California según apliquen dichas leyes a acuerdos entrados y realizados completamente dentro de California entre residentes de California. No garantizamos acceso continuo, no interrumpido, ni acceso seguro a nuestros servicios, y la operación de nuestro sitio puede ser intervenida por varios factores fuera de nuestro control. Si alguna provisión de este Acuerdo se considera inválida o inaplicable, dicha provisión será eliminada y las provisiones que permanecen serán realizadas. Usted accede que este Acuerdo y todo acuerdo incorporado puedan ser automáticamente asignados por Dr. Salazar, en nuestro único criterio, a una parte tercera en el evento de una unión o adquisición. Los encabezamientos son para propósitos de referencia solamente y de ninguna manera definen, limitan, infieren, ni describen el ámbito ni la magnitud de dicha sección. Nuestra falta de actuar con respecto a un incumplimiento suyo o de parte de otros no renuncia nuestro derecho de actuar con respecto a incumplimientos subsiguientes o similares. Este Acuerdo establece el entendimiento y acuerdo completo entre nosotros con respecto al tema del mismo.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este sitio web, su matriculación, o cualquier otra pregunta, por favor comuníquese con la oficina de Dr. Salazar. Si tiene alguna otra pregunta con respecto a esta Política de Privacidad y Términos de Uso, por favor comuníquese con Yvette.

Nuestra Dirección:

CALIFORNIA ADVANCED PAIN & SPINE SPECIALISTS
7152 N. Sharon, Suite 102
Fresno, California 93720

