



Por favor, llene todas estas formas antes de venir a su cita. En el día de su cita, por favor recuerde traerlas con usted junto con su tarjeta de aseguranza y un documento de identificación, tal como la licencia de conducir. Si su aseguranza requiere que usted pague un co-pago, por favor, este listo para pagar antes de su cita. Tomamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

Muchas gracias .

9300 SE 91st Ave
Suite 400
Portland, OR 97086
503-775-6500 Phone 503-775-2275 Fax
www.portlandpaincare.com

FORMULARIO DE INSCRIPCION PACIENTE

Doctor Particular/doctor de familia:	Fecha:
--------------------------------------	--------

Está relacionado el tratamiento con una lesión trabajo comp? Si No Si la respuesta es sí, médico tratante:

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre legal (Apellido, Nombre, segundo):	Nombre preferido:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Mencionado por:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Direcion de su casa:	Estado:	Ciudad/Codigo postal:	
Numero de la seguridad social:	Telefono celular:	Direccion de correo electronico:	
Telefono de casa:	Telefono de trabajo:	Empleador:	

PARTE RESPONSABLE

Nombre legal (Apellido, Nombre, segundo) <input type="checkbox"/> (Mismo como el paciente):	Fecha de nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Relacion de paciente:
Direcion de su casa:	Estado:	Ciudad/Codigo postal:	
Numero de la seguridad social:	Telefono celular:	Direccion de correo electronico:	
Telefono de casa:	Telefono de trabajo:	Empleador:	

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

Seguro primario:	Telefono:		
Direcion de facturacion:	Estado:	Ciudad/Codigo postal:	
Suscripto nombre legal (Apellido, Nombre, segundo) <input type="checkbox"/> (Mismo como paciente):	Fecha de nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Relacion de paciente:
ID y numero de grupo:	Empleador:	Telefono de trabajo:	
Seguro secundario:	Telefono:		
Direcion de facturacion:	Estado:	Ciudad/Codigo postal:	
Suscripto nombre legal (Apellido, Nombre, segundo) <input type="checkbox"/> (Mismo como paciente):	Fecha de nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Relacion de paciente:
ID y numero de grupo:	Empleador:	Telefono de trabajo:	
Seguro de accidente: <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Remuneracion de los Trabajadores <input type="checkbox"/> Other	Nombre de compania de seguro de accidente:		
Direcion de facturacion:	Estado:	Ciudad/Codigo postal:	
Numero de reclamacion:	Fecha de la lesion:	Telefono:	Ajustador o aministrador del caso nombre:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de local amigo o pariente:	Telefono:
-----------------------------------	-----------

La información anterior es auténtica a la mejor de mi conocimiento. Tengo entendido soy responsable por cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros.

MEDICARE - solicito que autorizó el pago de prestaciones médicas se hizo en mi nombre a Joseph P Stapleton MD PC, para cualquiera de los servicios relacionados a mí. I secciones comunales autorizar Joseph P Stapleton MD PC para liberar a la atención de la salud administrador y sus agentes cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados en el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social.

COMERCIAL - ME secciones comunales autorizar la publicación de la información necesaria para presentar una reclamación con mi compañía de seguros y asignar las prestaciones pagaderas a mí a Joseph P Stapleton MD PC.

Paciente/Padre, madie o tutor firma: _____ Fecha: _____

Formulario de Admisión Para Pacientes Nuevos

Patient Information

Nombre:	Fecha:
Médico remitente:	Médico de atención primaria:
Altura:	Peso:

Medicamentos Actuales/ Alergias:

No tomo ningún medicamento.

Medicamentos: Por favor incluya la dosis y la frecuencia con que toma su medicamento .

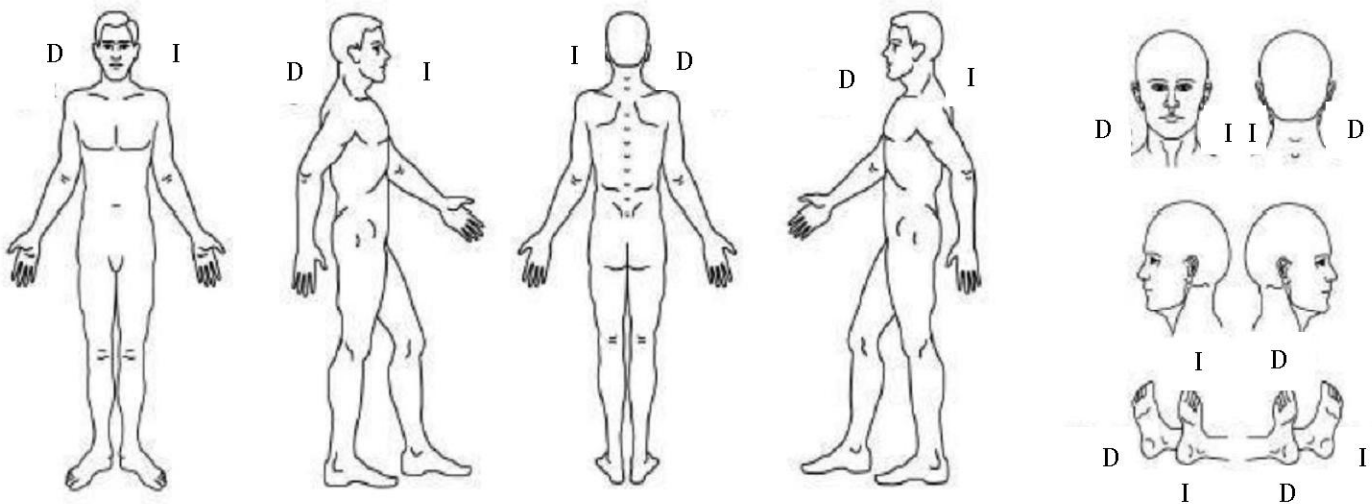
Usted actualmente toma cualquier medicamento anticoagulante (Aspirin, Coumadin, Warfarin, Plavix, Lovonox)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última dosis?
---	--	--

Alergia:	<input type="checkbox"/> No tengo alergias de drogas conocidas

Historia de Dolor

Motivo de su visita de hoy?	
-----------------------------	--

Utilice el dibujo para indicar la zona de su dolor. Marque la ubicación(s) Con una 'X'



Intensidad de Dolor (Siendo 0 nada de dolor, 10 siendo el peor dolor) Circule el número que mejor describe su dolor.

* Por favor marque un solo número

Dolor Promedio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Con Actividad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Peor Dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Con Medicamentos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dolor Actual	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin medicamentos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Historia de Dolor Continua...

Actividades que empeoran el dolor:

- Ninguna
- Inclinandose hacia adelante
- Esfuerzo/Ejercicio
- Levantarse de la silla
- Elevación
- Acostarse
- Actividad física moderada
- Actividad no Específica
- Cambio de Posición
- Alcanzar
- Actividad física significativa
- Sentado
- De Pie
- Al girar la cabeza
- Torcer
- Caminar

Actividades que mejoran el dolor:

- Ninguna
- Inclinandose hacia adelante
- Inyecciones
- Acostarse
- Medicamentos
- Moverse
- Cambio de Posición
- La actividad física
- Procedimientos
- Descanzar
- Sentado
- De pie

Tipo de Dolor:

- Ninguna
- Dolor
- Quema
- Aburrido
- Agudo
- Disparado
- Tenso
- Pungante
- Presión
- Apalstamiento
- Calambres
- Espasmódico
- Tracción
- Tierno
- Apretado
- Como cuchillo
- Caliente
- Adolorido

Duración de su dolor * Por favor, marque sólo una

- No Dolor Dolor Constante Dolor Intermitente

Historia-Personal

CABEZA / OREJAS / OJOS / NARIZ / GARGANTA

- Dolores de cabeza
- Migrañas
- Alergias Estacionales
- Sinusitis

CARDIOVASCULAR

- Angina
- Arritmia
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Trombosis Venosa Profunda
- Presión Arterial alta
- Colesterol Alto
- Ataque cardíaco previo
- Prolapso de la válvula mitral
- Sopro cardíaco
- Marcapasos
- Enfermedad vascular periférica

RESPIRATORIA

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Apnea Obstructiva del sueño

GASTROINTESTINAL

- Cálculos biliares
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Hemorragia GI
- Hernia hiatal
- Intestino Irritable
- Pancreatitis
- Úlceras

GENITOURINARIAS

- Próstata agrandada
- Infecciones frecuentes de la vejiga
- Cálculos renales
- Fracaso renal
- Insuficiencia Renal

ENDOCRINO

- Diabetes
- Obesidad
- Trastorno de la tiroides

SANGRE

- Anemia
- Trastorno hemorrágico
- Transfusión de sangre

INFECCIONES

- Hepatitis
- VIH
- Culebrilla

NEUROLÓGICA

- Derrame Cerebral
- Enfermedad de Parkinson
- Neuropatía periférica

- Convulsiones

- TIA

PSICOLÓGICO

- ADD
- Ansiedad
- Trastorno Bipolar
- Demencia
- Depresión
- Esquizofrenia

CANCER

- Cáncer de vejiga
- Cáncer de mama
- Cáncer de colon
- Cáncer de pulmón
- Melanoma
- Cáncer de próstata

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor de Esplada
- Trastorno del Tejido Conectivo
- Fibromialgia
- Cifoescoliosis
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Artritis reumatoide
- Escoliosis

Historia - Procedimientos anteriores (Ejemplo: Inyecciones epidural de esteroides, Inyecciones de puntos gatillo)

Lista de todos los procedimientos anteriores para el dolor y fechas aproximadas.

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia - Cirugía

Enumerar todas las cirugías anteriores y fechas aproximadas.

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia - Tratamientos previos

Tratamiento	Útil	No ha sido Útil	Tratamiento	Útil	No ha sido Útil
<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Masajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia de relajación biorretroalimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Procedimientos mínimamente invasivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inyecciones de Botox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Quiropráctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ejercicios en Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Electroestimulación percutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hielo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Historia-Medicamentos Anteriores

Medicamentos	Útil	No ha sido Útil	Medicamentos	Útil	No ha sido Útil
<input type="checkbox"/> Antiinflamatorios no esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Percocet Oxycodona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Celebrex Celecoxib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Duragesic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parche Reflector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motrin Ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oxycontin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mobic Meloxicam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oxymorphone Opana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relafen Nabumetone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cymbalta Duloxetina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Naproxeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lyrica Pregablin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Voltaren Gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neurontin Gabapentina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flexeril Ciclobenzaprina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Savella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skelaxin Metaxalone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Topamax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trileptal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zanaflex Tizanidine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parche Lidoderm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Actiq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tramadol Ultracet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hydrocodona Vicodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tylenol Acetaminofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hidromorfona Dilaudid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia-Historia Social

<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Niños, ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo Ocupación actual _____ Ocupación anterior _____ <input type="checkbox"/> Escuela Primaria <input type="checkbox"/> Algunos Estudios Secundarios <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de Universidad <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Fuma <input type="checkbox"/> Actualmente fumo todos los días <input type="checkbox"/> Actualmente fumo algunos días <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca he fumado Cigarrillos paquetes por día _____ Pipa veces por día _____ Mastique latas por día _____ Años totales _____ Alcohol <input type="checkbox"/> Sin el consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Raramente consumo alcohol <input type="checkbox"/> Socialmente consumo alcohol <input type="checkbox"/> Uso diario de alcohol Detalles: _____ Drogas <input type="checkbox"/> No consumo drogas recreativas <input type="checkbox"/> Yo uso la marihuana <input type="checkbox"/> Yo uso la cocaína <input type="checkbox"/> Yo uso la heroína <input type="checkbox"/> Yo uso la morfina <input type="checkbox"/> Yo uso la metanfetamina <input type="checkbox"/> Yo uso LSD <input type="checkbox"/> Utilizo setas <input type="checkbox"/> Yo uso éxtasis <input type="checkbox"/> Utilizo _____	Ejercicio <input type="checkbox"/> Nunca hago ejercicio <input type="checkbox"/> Hago ejercicio 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> Hago ejercicio 3-5 veces por semana <input type="checkbox"/> Hago ejercicio 6-7 veces por semana <input type="checkbox"/> Aerobics <input type="checkbox"/> Ciclismo <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Senderismo <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Escalar <input type="checkbox"/> Caminadora/Caminadora Elíptica <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Levantando pesas <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
--	--	--

Historia-Historia Familiar

<input type="checkbox"/> Revisado y no contributiva	<input type="checkbox"/> Desconocido, adoptado			<input type="checkbox"/> Desconocido	
Condición	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Otros
Artritis					
Asma					
Trastorno Hemorrágico					
Enfermedad de la arteria coronaria					
Cáncer					
Insuficiencia cardíaca congestiva					
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica					
Diabetes					
Presión arterial alta					
Síndrome del intestino irritable					
Enfermedad renal					
Ataque cardíaco (MI)					
Enfermedad arterial periférica					
Ataque cerebral					
Enfermedad de la tiroides					

Historia - Psicología

Marque la casilla si usted ha sido **diagnosticado** con cualquiera de las siguientes:

- Depresión Describe: _____
- Ansiedad Describe: _____
- Psicosis Describe: _____

Cheque la que aplican

- Actualmente no estoy en tratamiento Actualmente estoy viendo a un psiquiatra Actualmente estoy viendo a un psicólogo

Cheque la que aplican

- He tenido pensamientos de suicidio No he tenido pensamientos de suicidio

Cheque la que aplican

- Estoy sobrellevando con mi dolor Me siento frustrado con mi dolor crónico

Revisión de los Sistemas

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento | <input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Problemas para orinar |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Rigidez | |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Falta de sueño | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| | | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Pérdida de intestino / vejiga | |
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Lesiones | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Disminución de la visión | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Ansiedad |

HIPAA Consent Form

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

We are required by law to maintain the privacy of your protected health information, to notify you of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured health information. This Notice summarizes our duties and your rights concerning your information. Our duties and your rights are set forth more fully in 45 CFR Part 164. We are required to abide by the terms of our Notice that is currently in effect.

1. Uses And Disclosures We May Make Without Written Authorization. We may use or disclose your health information for certain purposes without your written authorization, including the following:

Treatment: We may use or disclose your information for purposes of treating you. For example, we may disclose your information to another health care provider so they may treat you; to provide appointment reminders; or to provide information about treatment alternatives or services we offer.

Payment: We may use or disclose your information to obtain payment for services provided to you. For example, we may disclose information to your health insurance company or other payer to obtain payment for treatment.

Healthcare Operations: We may use or disclose your information for certain activities that are necessary to operate our practice and ensure that our patients receive quality care. For example, we may use information to train or review the performance of our staff or make decisions affecting the practice.

Other Uses or Disclosures: We may also use or disclose your information for certain other purposes allowed by 45 CFR § 164.512 or other applicable laws and regulations, including the following:

- To avoid a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.
- As required by state or federal law such as reporting abuse, neglect or certain other events.
- As allowed by workers compensation laws for use in workers compensation proceedings.
- For certain public health activities such as reporting certain diseases.
- For certain public health oversight activities such as audits, investigations, or licensure actions.
- In response to a court order, warrant or subpoena in judicial or administrative proceedings.
- For certain specialized government functions such as the military or correctional institutions.
- For research purposes if certain conditions are satisfied.
- In response to certain requests by law enforcement to locate a fugitive, victim or witness, or to report deaths or certain crimes.
- To coroners, funeral directors, or organ procurement organizations as necessary to allow them to carry out their duties.

2. Disclosures We May Make Unless You Object. Unless you instruct us otherwise, we may disclose your information as described below.

- We may disclose health information about you to your family members or friends if we obtain your verbal agreement to do so or if we give you an opportunity to object to such a disclosure and you do not raise an objection. We will limit the disclosure to the information relevant to that person's involvement in your healthcare or payment.

- 3. Uses and Disclosures With Your Written Authorization.** Other uses and disclosures not described in this Notice will be made only with your written authorization, including most uses or disclosures of psychotherapy notes; for most marketing purposes. You may revoke your authorization by submitting a written notice to the Privacy Contact identified below. The revocation will not be effective to the extent we have already taken action in reliance on the authorization.
- 4. Your Rights Concerning Your Protected Health Information.** You have the following rights concerning your health information. To exercise any of these rights, you must submit a written request to the Privacy Officer identified below:
- You may request additional restrictions on the use or disclosure of information for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree to the requested restriction except in the limited situation in which you or someone on your behalf pays for an item or service, and you request that information concerning such item or service not be disclosed to a health insurer.
 - We normally contact you by telephone, mail at your home address and possibly by e-mail if you have given your e-mail address. You may request that we contact you by alternative means or at alternative locations. We will accommodate reasonable requests.
 - You may inspect and obtain a copy of records that are used to make decisions about your care or payment for your care, including an electronic copy. We may charge you a reasonable cost-based fee for providing the records. We may deny your request under limited circumstances, e.g., if we determine that disclosure may result in harm to you or others.
 - You may request that your protected health information be amended. We may deny your request for certain reasons, e.g., if we did not create the record or if we determine that the record is accurate and complete.
 - You may receive an accounting of certain disclosures we have made of your protected health information. You may receive the first accounting within a 12-month period free of charge. We may charge a reasonable cost-based fee for all subsequent requests during that 12-month period.
 - You may obtain a paper copy of this Notice upon request. You have this right even if you have agreed to receive the Notice electronically.
- 5. Changes To This Notice.** We reserve the right to change the terms of this Notice at any time, and to make the new Notice effective for all protected health information that we maintain. If we materially change our privacy practices, we will post a copy of the current Notice in our reception area and on our website. You may obtain a copy of the operative Notice from our receptionist or Privacy Officer.
- 6. Complaints.** You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. You may file a complaint with us by notifying our Privacy Officer. All complaints must be in writing. We will not retaliate against you for filing a complaint.
- 7. Contact Information.** If you have any questions about this Notice, or if you want to object to or complain about any use or disclosure or exercise any right as explained above, please contact:

Ask for the Privacy Officer
Phone: 503-775-6500
Address: 9300 SE 91st Ave. Suite 400
Portland, OR 97086

Patient Name: Signature

Date

Patient Name: Print

***Effective Date.** This Notice is effective April 9, 2014.