
Wee Care Pediatrics

1440 S. Country Club Drive Suite 21 Mesa, AZ 85210

Phone: 480-890-2273 Fax: 480-890-2201

Informacion del Paciente**Favor de Completar**

Nombre completo del paciente (Apellido primero)		Fecha de Nacimiento Mes ____ Dia: ____ Año ____	Sexo (Niña o Niño): M F
Estado Civil:		Edad:	Numero de Seguro Social:
Dirección (Calle-Ciudad-Estado-Codigo Postal) Solamente donde recibe correo por favor:		Numero de Telefono:	Otro No. de Telefono:
Dirección física:		Podemos dejar mensaje?	SI NO
Nombre Completo del Padre:		Numero de Seguro Social del Padre:	
Empleador del Padre:	Numero de Telefono:	Fecha de Nacimiento del Padre: Mes ____ Dia: ____ Año ____	
Nombre Completo de la Madre:		Numero de Seguro Social de la Madre:	
Empleador de la Madre:	Numero de Telefono:	Fecha de Nacimiento de la Madre: Mes ____ Dia: ____ Año ____	
En Caso de Emergencia Llamar:	Relacion al Paciente:	Numero de Telefono:	
Dirección física:			
Hermanos/Hermanas que viven en casa (Por favor pongan Nombre y Fecha de nacimiento)			

Informacion del Seguro

Nombre de Asegurado:	Relacion al Paciente:	No. de Identificacion que aparece en la tarjeta:	No. de Grupo que aparece en la tarjeta:
Nombre de Aseguransa Primaria:	Direccion Donde Enviar Reclamos:		Numero de Telefono:
Nombre de Asegurado de Aseguransa Secundaria:	Relacion al Paciente:	No. de Identificacion que aparece en la tarjeta:	No. de Grupo que aparece en la tarjeta:
Nombre de Aseguransa Secundaria :	Direccion Donde Enviar Reclamos:		Numero de Telefono:

Padre/Madre/Guardia Dirección de Email: _____

Firma: _____
Paciente/Padres/GuardianFecha _____
mes/día/año

Wee Care PEDIATRICS

Para Padres Que Desean Dar lo Mejor



"Noticia de Practicas Privadas" Forma de Consentimiento

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

____/____/____
Mes día año

He leído, y entendido, la poliza de Wee Care Pediatrics. Estoy de acuerdo en atenerme a esa poliza. Entiendo y estoy de acuerdo en que los términos pueden cambiar por Wee Care Pediatrics a como sean necesarios. _____ Iniciales

Por la presente, asigno a Wee Care Pediatrics todo pago por servicios médicos recibidos a mi niño/a. También, entiendo que soy responsable por todos los cargos que surjan en Wee Care Pediatrics que no están cubiertos por mi seguro medico. Autorizo a Wee Care Pediatris a proveer información a las compañías de seguros concerniendo a la enfermedad y tratamiento de mi niño/a. _____ Iniciales

Autorizo a Wee Care Pediatris a ofrecer tratamiento medico, tanto como rutinario o de emergencia, incluyendo examinación física y administración de vacunas. Esta autorización cubre hoy todas las visitas futuras o citas que haga en Wee Care Pediatrics. Reconozco que no se han hecho garantías con respecto a la condición, examinación o tratamiento de mi niño/niños. _____ Iniciales

Certifico que he recibido una copia de la "Noticia de Practicas Privadas". Esta noticia describe como Wee Care Pediatrics usara y proveerá la información de salud de mi niño y los derechos que tengo en referencia a la información de su salud. _____ Iniciales

Firma del Paciente o Representante

____/____/____
Fecha: mes día año

Relacion con el Paciente

Expediente De Investigación de Elegibilidad Del Paciente, Programas De Vacunas Para Niños

Este expediente se debe mantener en la oficina del proveedor de cuidado medico para reflejar el estado actual de todos los niños menores de 18 años de edad, que sean elegibles para recibir inmunizaciones a través del programa de VFC. El expediente puede ser llenado por el padre, guardián, la persona que va a recibir las vacunas o por el proveedor de cuidado medico. Este mismo expediente se puede utilizar para todas las visitas subsecuentes mientras el estatus de elegibilidad de VFC del niño no haya cambiado. No se requiere verificar las respuestas por el proveedor, pero es necesario conservar este expediente en el fichero por un mínimo de tres años.

(Por favor escriba a maquina o a mano)

Fecha: Mes ____ Dia: ____ Año _____

Niño: _____

	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento:	_____ / _____ / _____		
	Mes	Día	Año

Padre/ Guardian/
Persona en el Expediente: _____

Proveedor: Wee Care Pediátrico
Este Niño califica para las vacunas a través del programa de VFC porque el/ella (Marque solamente uno):

- (0) Esta inscrito en KidsCare; o
- (1) Esta inscrito en AHCCCS; o
- (2) No tiene seguro medico; o
- (3) Es Indio Americano o Nativo de Alaska; o
- (4) Su seguro medico no paga por las vacunas

Marque aquí si el niño tiene servicio medico que pague por las vacunas.
Estos niños no califican para VFC.

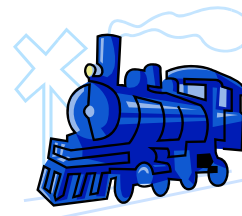
Como un consejo, si su compañía de seguro medico no cubre inmunizaciones y usted no nos lo dice a la hora de su visita, es su responsabilidad pagar el costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para Niños solamente a la hora de su visita. Si usted no esta seguro de que las vacunas y los chequeos sean cubiertos, por favor comuníquese con su compañía de seguro medico.

Gracias

Scan: Medinotes\Patient View\Multimedia\Authorizations: (Type in: VFC)

Firma: _____ Fecha: Mes ____ Dia: ____ Año _____

Wee Care Pediatrics
1440 S. Country Club Dr. Suite 21 Mesa AZ 85210
Phone: 480-890-2273 Fax: 480-890-2201



Historia Médica

Fecha de Hoy: Mes _____ Día: _____ Año: _____
Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: Mes _____ Día: _____ Año _____
Nombre de la Persona que esta llenando esta Forma _____
Sexo del Paciente: Masculino Femenino Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____
Cuanta gente vive con el paciente? Adultos _____ Niños _____

Historia Natal del Paciente: Peso al nacer _____ Altura _____

Durante el embarazo tuvo la madre del paciente:

Algún problema medico o complicación? Si (explique) No

Que problema? _____

Fumo tabaco? Si No

Consumió bebidas alcohólicas? Si No

Tomo alguna droga o medicamento? Si (explique) No

Que tomo: _____

Tuvo algún problema durante el parto? Si (explique) No

Que problema: _____

El parto fue: Vaginal Cesárea

Historia Medica del Paciente

Considera la SALUD del paciente: Excelente Normal Mala

Alergias a Medicamentos? Si (explique) No Cual Medicina? _____

Que ocurre? _____

Esta tomando algún medicamento? Si (explique) No

Que Medicamento? _____

Fuma tabaco? Si No

Toma bebidas alcohólicas? Si No

Usa alguna droga? Si (explique) No Cual? _____

Alguna vez a tenido problemas médicos con lo siguiente? Cuando marque Si, por favor explique.

Ojos/Visión Si No _____

Oídos/Nariz/Garganta Si No _____

Dolor de cabeza Si No _____

Articulaciones/Huesos Si No _____

Piel/Uñas/Cabello Si No _____

Convulsiones Si No _____

Infecciones frecuentes Si No _____

Corazón/Pulmones Si No _____

Estomago/Hígado Si No _____

Intestinos Si No _____

Riñones/Orina Si No _____

Digestión/Nutrición Si No _____

Anemia/Sangre Si No _____

Historia Médica Continuación:

Escriba todas las hospitalizaciones, cirugías, enfermedades o accidentes serios con fecha por favor:

_____	Fecha _____	_____	Fecha _____
_____	Fecha _____	_____	Fecha _____
_____	Fecha _____	_____	Fecha _____

Usted como padre o madre tiene alguna preocupación con lo siguiente: (Cuando marque Si, favor de explicar)

Crecimiento/Desarrollo?	Si	No	_____
Comportamiento?	Si	No	_____
Hábitos alimenticios?	Si	No	_____
Hábitos de Dormir?	Si	No	_____
Escuela?	Si	No	_____
Hábitos del Baño?	Si	No	_____
Disciplina?	Si	No	_____
Cualquier otra cosa?	Si	No	_____
Están completas las vacunas?	Si	No	_____

Pacientes Femeninos solamente:

Tiene ciclos menstruales	Si	No	A que edad le comenzó la menstruación _____
Quando fue su ultimo periodo?	_____	Es regular?	_____
Numero de embarazos	_____	Numero de partos	_____
Cuantos niños tiene	_____	Fecha de último papanicolaou	Mes _____ Dia: _____ Año _____
Usa anticonceptivos?	Si	No	Cual? _____

Historia Familiar del Paciente

Tiene familiares con alguno de los siguientes problemas médicos. Cuando marque Si, favor explicar y ponga la relación de parentesco. (ej. Tio, abuelo paterno, primo, etc.)

Problemas del Corazón	Si	No	_____
Tuberculosis	Si	No	_____
Alta presión	Si	No	_____
Problema de los riñones	Si	No	_____
Cáncer	Si	No	_____
Problemas de la Sangre	Si	No	_____
Diabetes	Si	No	_____
Problemas Psiquiátricos	Si	No	_____
Convulsiones	Si	No	_____
Fiebre Reumática	Si	No	_____
Problemas Genéticos	Si	No	_____
Enfermedad del Pulmón	Si	No	_____
Problemas de la Tiroides	Si	No	_____
Articulaciones/Huesos	Si	No	_____
Otro	_____		

Al firmar este documento certifico que toda la información es correcta y verdadera.

_____ Fecha Mes _____ Dia: _____ Año _____
(Firma de la persona que completo este documento)

Reviewed by: _____



Firmando esta autorización, permito la salida de los Reportes Médicos de:

_____ fecha de nacimiento _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

De:

Oficina: _____

Doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Para:

Wee Care Pediatrics
1440 S. Country Club Dr. Suite 21
Mesa, AZ 85210
Telefono 480-890-2273, Fax 480-890-2201

Favor de transferir y/o dar a conocer la siguiente información:

Todos los Reportes Médicos, cartas, expedientes, y cualquier otra información relacionada con la Salud Física, Mental o Espiritual

O

Información Especifica Protegida (PHI) (marque lo que aplica)
__ Reportes Médicos y Expedientes __ Vacunas __ Radiografías o Exámenes de Diagnóstico __
Resultados de Laboratorio __ Otros (Especifique) _____

Es de mi entendimiento que al salir esta información, o al dar a conocer esta información de acuerdo a esta autorización, puede que la demos a conocer dadas las circunstancias y que ya no este protegida por la Regla de Privacidad HIPAA.

Entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta autorización para obtener atención Medica.

Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización por escrito en cualquier momento, con excepción de Wee Care Pediatrics, que en este caso es responsable por esta autorización.

Parentezco con el Paciente:
Nombre del Paciente/Padres/Guardian:
Dirección:
Número de Teléfono:
Firma:
Fecha:

Crée Autorización para otro dar servicio médico

La fecha: El Tiempo _____ : am/p.m. _____

Para personal de clinica Wee Care Pediatrics,

Debido a _____ (Circunstancia), yo _____ (guardián legal) por la presente para autorizar _____ (persona para ser autorizada) tomar a mi niño/a _____ (nombre de niño/a) _____ (fecha de nacimiento) a cualquier y todas visitas médicas, alcanza prescripciones y cualquier otras necesidades médicas necesarias para mi niño/a hasta _____ (la fecha).

Usted puede comunicar a mí en () _____ - _____ (teléfono #) si usted tiene cualquier pregunta.

Sinceramente,

Guardián legal

Wee Care Pediatrics

"Para Padres Que Desean Dar Lo Mejor"

1440 S. Country Club Dr., Suite 21 Mesa, AZ 85210

Tel. (480) 890-2273 Fax: (480) 890-2201 email: weecarecorp@hotmail.com



Politica de la Practica

Horarios de la Oficina: (horas de hacer citas y contestar teléfono)

Desde 8:00 AM hasta 8:00 PM Lunes a Jueves

Desde 8:00 AM hasta 2:30 PM Viernes

La Oficina no abre los Sábados y Domingos

En cualquier otro horario, puede llamar al (480) 890-2273 y dejar un mensaje detallado incluyendo la siguiente información:

- Nombre del que habla
- Nombre del Paciente
- Numero de teléfono al cual se le pueda llamar
- Razón por la cual llamo

Si hay alguna Emergencia Medical el Doctor será contactado por nuestro servicio de contestación automática.

Citas:

-Citas "Niños enfermos:"

Las citas de niños enfermos generalmente pueden ser hechas el mismo día. Niños muy enfermos, haremos lo posible por verlos entre medio de las citas ya hechas. Al llegar sin cita, no espere que se lo vea inmediatamente, posiblemente se le hará una cita y tendrá que volver luego. La oficina esta cerrada entre las 11:00 AM hasta las 12:00 PM (mediodía) y el Doctor puede que no este disponible si viene con una urgencia.

-Citas: "Niños sanos:"

Las Citas de niño sano son programadas a la semana de nacido, **1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 24 meses, 36 meses, 48 meses, 5 años, después es cada 2 años.**

Lo mejor es que haga la cita enseguida de haber terminado con su cita, a la salida. Las citas pueden ser hechas hasta con 2 meses de anticipación.

-Citas: Examen Físico

Los físicos para deporte y para campamento generalmente se hacen en los meses del verano. Por favor llame los primeros meses de verano o tarde en la primavera para hacer las citas.

-Cita: Comportamiento

Si su niño/a tiene problemas de comportamiento o problemas en la escuela necesitamos mucho más tiempo, por favor, esté seguro de saber los progresos de su niño/a para que podamos discutirlos de manera efectiva.

Cancelación:

Si usted no puede venir a su cita necesitamos que nos haga saber con veinte cuatro (24) horas de anticipación. Las citas se llenan rápidamente, por eso será necesario cobrarle veinte cinco dólares (\$25) de honorarios, si no nos llama o no aparece a su cita.

Medicamentos

Todos los pacientes que requieran que se les de medicamentos pedimos que llamen durante las horas de oficina. Necesitamos tener el expediente del paciente para asegurarnos de la continuidad del cuidado del paciente. Las Prescripciones para antibióticos **no** serán llamadas a la farmacia, a menos que tengamos respuesta del laboratorio previamente ordenado, como por ejemplo STREP A o CULTIVO de ORINA.

Si los síntomas han empeorado y no puede esperar hasta el día siguiente, se le pedirá que se presente en el URGENT CARE o la EMERGENCIA del Hospital. Cada Seguro de salud esta contratado con diferentes emergencias, así que deberá asegurarse con su plan de salud cual es la emergencia a la que debe ir.

Notificación del Recién Nacido:

Aunque su recién nacido haya sido atendido en el Hospital, su seguro de salud no ha sido notificado. Es responsabilidad de los padres de notificar su seguro de salud o de notificar al encargado de relaciones humanas en el lugar de trabajo donde le han dado seguro de salud. Le sugerimos que cuando usted llame, tome nota de la persona con la cual usted habla. Su niño/a debe ser registrado dentro de los 30 días de nacido. Por favor nos llama un vez de que el niño/a este registrado en su seguro de salud.

Inmunizaciones:

Inmunización representa uno de los aspectos más importantes en la vida de su niño/a con respecto a la medicina preventiva. También es la más cara. Su seguro de salud probablemente cubra las vacunas o solamente las cubra hasta los 5 años de edad. Puede que haya un límite de lo que se pueda cobrar con respecto a vacunas y examen de niño/a sano. Si no tiene seguro medico o su seguro medico no cubre las vacunas, puede que califique en el Programa de Vacunas para niños del estado. (VFC)

Beneficios de Seguro Medico:

Nosotros contactamos muchos de los seguros de salud antes de las citas. Por favor déjenos saber si su seguro de salud ha cambiado. Los seguros de salud son diferentes de un empleado a otro. **Es la responsabilidad del Paciente y su familia entender los limites de lo que su seguro de salud cubre.**

Preguntas acerca de su Cuenta:

Nos esforzamos en asegurarnos acerca de que toda la información entrada es correcta. Si usted siente que hay un error en su cuenta por favor llamar al 480-890-2273.

Los pagos pueden ser hechos con tarjeta de crédito, la tarjeta del banco (debito), o cheque personal. Escribir cheques sin fondo es ilegal. La oficina cobrara \$15 dólares si el banco nos devuelve su cheque, también se cobrarán los \$25 dólares que nos cobra el banco con el cual estamos contratados.

Co-Pagos:

Casi todos los planes de seguro de salud requieren que las personas que están registradas hagan un co-pago cuando requieran cuidado medico. Es una violación de su contrato si usted se niega a pagar su co-pago antes de ver al doctor. Ese pago puede llegar a representar casi o el 50% del total del reembolso. Por favor este preparado para entregar su co-pago cuando entre en la oficina antes de ver a su doctor.

Wee Care Pediatrics
A Division of Wee Care Family Clinic, Corp.
1440 S Country Club Dr, Suite 21 – Mesa – Arizona – 85210

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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

Our goal is to take appropriate steps to attempt to safeguard any medical or other personal information that is provided to us. We are required to: (1) maintain the privacy of medical information provided to us; (2) provide notice of our legal duties and privacy practices; and (3) abide by the terms of our Notice of Privacy Practices currently in effect.

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes the practices of our physicians, employees and staff.

INFORMATION COLLECTED ABOUT YOU

In the ordinary course of receiving treatment and health care services from us, you will be providing us with personal information such as:

- Your name, address and phone number.
- Information relating to your medical history.
- Your insurance information and coverage.
- Information concerning your doctor, nurse or other medical providers.

In addition, we will gather certain medical information about you and will create a record of the care provided to you. Some information also may be provided to us by other individuals or organizations that are part of your “circle of care” – such as the referring physician, your other doctors, your health plan, and close friends or family members.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose personal and identifiable health information about you in different ways. All of the ways in which we may use and disclose information will fall within one of the following categories, but not every use or disclosure in a category will be listed.

MANDATORY ELEMENTS

For Treatment. We will use health information about you to furnish services and supplies to you, in accordance with our policies and procedures. For example, we will use your medical history, such as any presence or absence of heart disease, to assess your health and perform requested diagnostic services.

For Payment. We will use and disclose health information about you to bill for our services and to collect payment from you or your insurance company. For example, we may need to give a payer information about your current medical condition so that it will pay us for the examinations or other services that we have furnished you. We may also need to inform your payer of the tests that you are going to receive in order to obtain prior approval or to determine whether the services is covered.

For Health Care Operations. We may use and disclose information about you for the general operation of our business. For example, we sometimes arrange for accreditation organizations, auditors or other consultants to review our practice, evaluate our operations, and tell us how to improve our services.

Public Policy uses and Disclosures. There are a number of public policy reasons why we may disclose information about you.

We may disclose health information about you when we are required to do so by federal, state, or local law.

We may disclose protected health information about you in connection with certain public health reporting activities. For instance, we may disclose such information to a public health authority authorized to collect or receive PHI for the purpose of preventing a controlling disease, injury or disability, or at the direction of a public health authority, to an official of the foreign government agency that is acting in collaboration with a public health authority. Public health authorities include state health departments, the Center for Disease Control, the Food and Drug Administration, the Occupational Safety and Health Administration and the environmental Protection Agency, to name a few.

We are also permitted to disclose protected health information to a public health authority or other government authority authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. Additionally we may disclose protected health information to a person subject to the Food and Drug Administration’s power for the following activities: to report adverse events, product defects or problems, or biological products deviations, to track products, to enable product recalls, repairs or replacements, or to conduct post marketing surveillance.

We may disclose your protected health information in situations of domestic abuse or elder abuse.

We may disclose protected health information in connection with certain health oversight activities of licensing and other agencies. Health oversight activities include audit, investigation, inspection, licensure or disciplinary actions, and civil, criminal, or administrative proceedings or actions or any other activity necessary for the oversight of 1) the health care system, 2) governmental benefit programs for which health information is relevant to determining beneficiary eligibility, 3) entities subject to governmental regulatory programs for which health information is necessary for determining compliance with program standards, or 4) entities subject to civil rights laws for which health information is necessary for determining compliance.

We may disclose information in response to a warrant, subpoena, or other order of a court or administrative hearing body, and in connection with certain government investigations and law enforcement activities.

We may release personal health information to a coroner or medical examiner to identify a deceased person or determine the cause of death. We also may release personal health information to organ procurement organizations, transplant centers, and eye or tissue banks.

We may release your personal health information to workers’ compensation or similar programs.

Information about you also will be disclosed when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of others.

We may use or disclose certain personal health information about your condition and treatment for research purposes where and Institutional Review Board or a similar body referred to as a Privacy Board determines that your privacy interests will be adequately protected in the study. We may also use and disclose your protected health information to prepare or analyze a research protocol and for other research purposes.

If you are a member or the armed forces, we may release personal health information about you as required by military command authorities. We also may release personal health information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

We may disclose your protected health information for legal or administrative proceedings that involve you. We may release such information upon order of a court or administrative tribunal. We may also release protected health information in the absence of such an order and in response to a discovery or other lawful request, if efforts have been made to notify you or secure a protective order.

If you are an inmate, we may release protected health information about you to a correctional institution where you are incarcerated or to law enforcement officials.

Finally, we may disclose protected health information for national security and intelligence activities and for the provision of protective services to the President of the United States and other officials or foreign heads of state.

Our Business Associates. We sometimes work with outside individuals and businesses that help us operate our business successfully. We may disclose your health information to these business associates so that they can perform the tasks that we hire them to do. Our business associates must guarantee to us that they will respect the confidentiality of your personal and identifiable health information.

Individuals Involved in your care or Payment for Your Care. We may disclose information to individuals involved in your care or in the payment for your care, but we will obtain your agreement before doing so. This includes people and organizations that are part of your “circle of care” – such as your spouse, your other doctors, or an aide who may be providing services to you. Although we must be able to speak with your other physicians or health care providers, you can let us know if we should not speak with other individuals, such as your spouse or family.

[To the extent another state or federal law restricts the ability of the practice to use or disclose protected health information as discussed above, the practice’s description of the use or disclosure must reflect the more stringent law.]

ADDITIONAL OPTIONAL ELEMENTS

Appointment Reminders. We may use and disclose medical information to contact you as a reminder that you have an appointment or that you should schedule an appointment.

Treatment Alternatives. We may use and disclose your personal health information in order to tell you about or recommend possible treatment options, alternatives or health-related services that may be of interest to you.

Fundraising. We may use your protected health information to contact you in an effort to raise funds for our operations.

OTHER USES AND DISCLOSURES OF PERSONAL INFORMATION

We are required to obtain written authorization from you for any other uses and disclosures of medical information other than those described above. If you provide us with such permission, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose personal information about you for the reasons covered by your written authorization. We will be unable to take back any disclosures already made based upon your original permission.

INDIVIDUAL RIGHTS

You have the right to ask for restrictions on the ways in which we use and disclose your medical information beyond those imposed by law. We will consider your request, but we are not required, to accept it.

You have the right to request that you receive communications containing your protected health information from us by alternative means or at alternative locations. For example, you may ask that we only contact you at home or by mail.

Except under certain circumstances, you have the right to inspect and copy medical and billing records about you. If you ask for copies of this information, we may charge you a fee for copying and mailing.

If you believe that information in your records is incorrect or incomplete, you have the right to ask us to correct the existing information or correct the missing information. Under certain circumstances, we may deny your request.

You have the right to ask for a list of instances when we have used or disclosed your medical information for reasons other than your treatment, payment for services furnished to you, our health care operations, or disclosures you give us authorization to make. If you ask for this information from us more than once every twelve months, we may charge you a fee.

You have the right to a copy of this Notice in paper form. You may ask us for a copy at any time. To exercise any of your rights, please contact us in writing at Wee Care Pediatrics 1440 S. Country Club Dr., Suite 21, Mesa, AZ 85210.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to make changes to this notice at any time. We reserve the right to make the revised notice effective for personal health information we have about you as well as any information we receive in the future. In the event there is a material change to this Notice, the revised Notice will be posted. In addition, you may request a copy of the revised Notice at any time.

COMPLAINTS/COMMENTS

If you have any complaints concerning our Privacy Policy, you may contact the Secretary of the Department of Health and Human Services, at 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH building, Washington, D.C. 20201 (e-mail: ocrmail@hhs.gov). You also may contact us at Wee Care Pediatrics, Attn: Richard Dalotto, Office Administrator, 1440 S Country Club Dr., Suite 21, Mesa, AZ 85210, (480) 890-(CARE) 2273.

To obtain more information concerning this notice of Privacy Practices, you may contact our Privacy Officer at (480) 560-2273, Richard Dalotto, Administrator.

This privacy Policy is effective August 7, 2006.