

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE DEL DOCTOR/MÉDICO _____

NOMBRE DEL PACIENTE (Si hay más de uno, liste todos los nombres)		FECHA DE NACIMIENTO	# SEGURO SOCIAL	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
				SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
				SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
				SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
				SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PARIENTE/GUARDIAN	TRABAJO # () _____	NOMBRE DEL OTRO PARIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO	CELULAR # () _____	EL OTRO PARIENTE VIVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		
# SS	CASA # () _____	EN LA CASA?		
DIRECCIÓN ELECTRÓNICO		# CELULAR () _____		
DOMICILIO				
SEGURO MÉDICO (POLIZA PRINCIPAL DEL PACIENTE)				
COMPañÍA DE SEGUROS	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> PARIENTE <input type="checkbox"/> OTRA _____		
NOMBRE DEL ASEGURADO		COPAGO \$ _____		
EMPLEO DE LA PERSONA ASEGURADA				
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE SEGURO		TELÉFONO DE LA OFICINA DE SEGUROS:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE POLIZA	NUMERO DEL GRUPO	#SEGURO SOCIAL DEL ASERURADO		
SEGURO MÉDICO (POLIZA SECUNDARIA O POLIZA ADICIONAL)				
COMPañÍA DE SEGUROS	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> PARIENTE <input type="checkbox"/> OTRA _____		
NOMBRE DEL ASEGURADO		COPAGO \$ _____		
EMPLEO DE LA PERSONA ASEGURADA				
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE SEGURO		TELÉFONO DE LA OFICINA DE SEGUROS:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE POLIZA	NUMERO DEL GRUPO	#SEGURO SOCIAL DEL ASERURADO		
TIENE ALGUNA OTRA POLIZA DE SEGUROS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COMPañÍA DE SEGUROS	#TELÉFONO () _____	
¿QUIEN FUE LA PERSONA QUE LO INFORMO SOBRE NUESTRA OFICINA?		DOCTOR/MÉDICO PRINCIPAL		

AUTORIZACIONES Y ASIGNACIONES

Yo autorizo a Providence Medical Partners el derecho de proveer a mi compañía de seguros y sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios que se pagaran por mi visita a la oficina del medico. Yo autorizo el pago de estos beneficios de seguro a Providence Medical Partners. Yo comprendo que ultimadamente soy responsable por el pago de todos los servicios medicos, esten o no esten cubiertos bajo mi poliza de seguros medicos. También autorizo que mi doctor, a su discreción, tenga acceso a mi información medica y doy permiso que la información se pueda usar en cualquier revision administrativa.

FECHA: _____ FIRMA: _____

PARIENTE o GUARDIAN: Favor de llenar SOLAMENTE si la visita es para un menor.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

FECHA: _____

NOMBRE DE LOS PARIENTE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre de la personal quien da el consentimiento: _____

Relación al paciente (Pariente, Guardian, conservador administrativo): _____

Domicilio: _____

Número de telefono: _____ (Casa): _____ (Celular): _____

A Quien Le Interese:

Yo doy mi permiso a **Providence Medical Partners**, y los medicos, enfermeras, asistente medicos, y otros asociados para examinar y proveer tratar a mi hijo/a, cuyo nombre y edad aparece abajo:

_____ Que tiene _____ años de edad.

Nombre de paciente

En el evento que no me pueden localizer, doy mi permiso a las personas y/o institución abajo a dar consentimiento para examinar y proveer tratar a mi hijo/a

_____ Nombre(s) de persona(s) que tiene cuidado y control sobre el niño (ejemplo: abuelo/a, guardian, niñera)

_____ Nombres de Instituciones (Escuela, Guardería, etc.)

Consentimiento a dar Asesoramiento y Provision de Anticonceptivos. Texas permite el tratamiento de los menores de las enfermedades de transmission sexual y el embarazo sin el consentimiento de los parientes. Yo entiendo que visitas con los medicos pueden incluir discusiones, pruebas y tratamiento de las enfermedades de transmission sexual y/o el embarazo. Texas no permite que un proveedor de cuidado da asesoramiento y dar anticonceptivos a los menores sin el consentimiento de los parientes, except bajo ciertas circunstancias. Favor de marcar **Sí** o **No** si das consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos al menor, cuyo nombre está escrito arriba.

Sí, doy consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos a mi hijo/a.

No, no doy consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos a mi hijo/a.

X

Firma de Pariente, Guardian, o conservador administrativo

Testigo:

Nombre

Domicilio

Nombre

Domicilio

Providence Medical Partners

Consentimiento Para el Tratamiento

Con mi firma en este documento, doy autorización para que mi doctor y cualquier otro individuo que él o ella indique como apropiado me haga exámenes, pruebas, o cualquier otro tratamiento que piense que sea necesario para obtener un diagnóstico o tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para todas las visitas al doctor o las oficinas de Providence Medical Partners, a menos que yo revoque este consentimiento oralmente o por escrito.

Por favor informe, que la ley de Texas permite que le hagan la prueba de VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana) al paciente. VIH es el virus que está asociado con SIDA (AIDS). La prueba se podrá hacer bajo las siguientes condiciones: 1) para examinar sangre, productos de sangre, o órganos que podrían ser donados; 2) si otro individuo fue expuesto accidentalmente a la sangre de un paciente o fue expuesto a otras secreciones humanas, por ejemplo por una aguja (la prueba será conducida bajo los protocolos de Providence Medical Partners); o 3) si un tratamiento médico o quirúrgico es aplicado al paciente donde el médico o otras personas médicas podrían estar expuestas a la sangre o secreciones humanas del paciente.

Esta revelación es para informarle que la prueba de VIH se le puede hacer a usted, al costo de Providence Medical Partners, si cualquiera de las condiciones ocurre durante su periodo de tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación al Paciente

Testigo

Fecha

Póliza Sobre el Pago de Servicios

Gracias por haber escogido a Providence Medical Partners para el mantenimiento de su salud. Estamos cometidos a proveer servicios de gran excelencia a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted tenga una comprensión sobre nuestra póliza sobre el pago de servicios.

Todos nuestros pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir servicios.

- **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente sobre su póliza de seguros.**
 - ▶ Si usted falla en proporcionarnos la información precisa sobre su póliza de seguro médico en buen tiempo, su compañía de seguro podría rechazar su reclamo de beneficios. Si su reclamo es rechazado, usted se hace responsable por el costo de los servicios que le hemos proporcionado.
 - ▶ Debemos enfatizar que nosotros, como los que le proporcionan servicios médicos, somos los que tenemos la relación con usted, el paciente, y que la relación no es con su compañía de seguros. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad saber y comprender el nivel de servicios médicos que si o no tienen cobertura bajo su póliza de seguros.
 - ▶ Si usted o el paciente esta cubierto bajo **Medicaid** (de cualquier tipo), es su responsabilidad notificarnos antes de su consulta. Esto es parte de el acuerdo que usted tiene con Medicaid, y si no nos notifica que usted o el paciente esta cubierto bajo Medicaid, usted se hara responsable por todos los cargos asociados con la consulta.
 - ▶ Nosotros podemos aceptar su póliza de seguros después de verificar que usted tiene beneficios bajo la póliza. Es posible que algunos o todos los servicios no sean cubiertos por su póliza. **En tal caso, usted será responsable por el costo de todos los servicios que no tengan cobertura bajo su póliza.**
 - ▶ Antes de recibir servicios médicos, usted debe verificar que nosotros aceptamos su póliza de seguros. También es necesario que usted haya designado con su compañía de seguros a su doctor primario como su doctor principal (si esto es requerido por su compañía de seguros). En el evento que nuestros médicos no participen en su plan de seguros, nosotros mandaremos el reclamo inicial solamente como una cortesía, pero los servicios tendrán que ser pagados el mismo día de su visita a nuestra clínica.
 - ▶ Por nuestros servicios, nosotros cobramos lo que se acostumbra en nuestra región y localmente. Usted es responsable por el pago completo de la cuenta, a pesar de lo que cubra o no cubra su compañía de seguros o a pesar de la cantidad que su compañía de seguros determine como el costo usual del los servicios.
 - ▶ Los co-pagos, pagos bajo otra póliza de seguros, y deducibles se deberán pagar al mismo tiempo de su visita a nuestra clínica. Nosotros estimaremos la cantidad que nos debe, basandonos el la información que recibimos de su compañía de seguros. Pero, usted es responsable por pagar toda la cantidad determinada por su compañía de seguros, después que hayan pagado su reclamo – aunque esa cantidad sea más de lo que estimamos al principio.
- **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente tocante a su domicilio y otra información necesaria para cobrarle por los servicios médicos.**
 - ▶ Usted deberá proveer su más reciente domicilio, todos sus números de teléfono y otra información necesaria para comunicarnos con usted sobre su cuenta. Si hay cambios con esa información, es su responsabilidad de comunicarse con nosotros sobre ese cambio de información.
 - ▶ Nosotros le mandaremos información sobre su cuenta (al domicilio que usted nos indique) para notificarlo sobre cualquier balance que usted deba. Si tiene cualquier pregunta, o no esta de acuerdo con lo que le estamos cobrando o con su balance, es su responsabilidad hablarnos a nuestras oficinas en menos de 30 días después de la fecha de haber recibido su copia inicial de la cuenta. Usted puede hablar al **(817)514-5200** o **1-800-555-1429**.
 - ▶ **El saldo pendiente (su balance) se tendrá que pagar por completo al recibir la cuenta.** Los saldos pendientes que no sean pagados por completo durante los 30 días de la fecha marcada en la cuenta se consideran como deudas delincuentes. **Las cuentas consideradas delincuentes serán sujetas a un cargo mensual de \$5 y podrían ser referidas a una agencia de colecciones o a un abogado como parte de nuestros esfuerzos de recibir pago.** Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.
 - ▶ Si usted es incapaz de pagar su saldo pendiente por completo, deberá llamar a nuestra oficina de negocios para entrar en un acuerdo de pagos. Cualquier cargo adicional será incluido en este acuerdo mutuo. Si usted falla en hacer sus pagos, su cuenta será referida a una agencia de colecciones y / o a un abogado. Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.
 - ▶ Si referimos su cuenta a una agencia de colecciones, usted será notificado por correo certificado y no podrá recibir servicios de nuestros médicos o de nuestra clínica, Providence Medical Partners. Si no acepta nuestra carta certificada (o no recoge la carta en la oficina de correo) afirma que le hemos notificado de la terminación de servicios.
 - ▶ En el evento que usted nos pague con un cheque que sea devuelto por el banco por cualquier razón, le agregaremos \$25.00 a su cuenta. En adición, nosotros podríamos tomar todos nuestros derechos bajo las leyes del estado de Texas.
 - ▶ Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.
 - ▶ Podemos cancelar o cambiar la fecha de su consulta si su cuenta esta delincuente.
 - ▶ Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.

Su pago completo se requiere a la hora de servicio. Aceptamos pago en efectivo, tarjetas de crédito y cheques personales. Su firma en este documento confirma que ha leído y entendido la información contenida en esta póliza.

Firma de la persona que se hace responsable por la cuenta

Fecha

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____
EPM Medical Record Number: _____

La Autorización para Divulgar Información Médica a Providence Medical Partners

Yo, _____, autorizo
(Nombre del paciente o representante legal)

(Nombre de la persona/entidad que deba compartir la información)

(Dirección de la persona/entidad que deba compartir la información)

que comparta la siguiente información por correo, fax, verbalmente o por vía electrónica a:
PROVIDENCE MEDICALPARTNERS

Oficina (915) _____ Fax (915) _____

Para los registros de salud: _____
(Nombre de la persona cuyo registro será divulgada) (Número de Seguro Social)

Para el propósito de: _____

Todos los registros

- Declaraciones de gastos o pagos
- Registros de todas las visitas
- Información de SIDA o VIH
- Historia y examen físico
- Recors de visita para una fecha determinada(s).
- Especifique las fechas exactas o se limitan a: _____

- Toma Nota de los Progresos
- Aprobación de la Gestión Resumen
- Informes de Consulta
- Información de Hepatitis
- Las fotografías, cintas de vídeo, digitales, u otras imágenes

- Copias de registros o informes previstos para el distribuidor antes mencionado (es decir, hospital, laboratorio, clínica, etc)
- Tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y drogas
- Otros (sea específico): _____

Esta autorización se da libremente en el entendimiento de que:

1. Cualquier o todo registro, ya sea escrita, oral, o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa y por escrito, exepcto contraria de la ley.
2. Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepcto cuando esta información ya ha sido publicada.
4. Providence Medical Partners, sus empleados, funcionarios, y los médicos tienen autorizacion de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad para la recepción informativa anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.
5. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización podrá ser objeto de revelación por parte del receptor y no podrán ser protegidos por esta norma.
6. Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Paciente / Firma Legal del Representante

Fecha

Relación al el Paciente

Fecha de Caducidad de la Autorización

Testigo

Fecha

Entendimiento Completo de Recibo Noticia de Prácticas Privadas

Me han provisto un Aviso de Prácticas Privadas, que me proporciona aún más completa descripción de los usos y divulgaciones de mi información relacionado con la salud mia. Yo comprendo que Sierra Providence Medical Partners reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y antes de que se hagan cambios proporcionarán una copia actualizada sobre el sitio de la pagina de la red de la clínica y el consultorio del médico. Yo puedo solicitar una copia de la actualizacion de Avisos de Prácticas Privadas, llamando a mi oficina del médico o solicitando una copia en persona durante la sita.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha

Relación al Paciente

Testigo

Fecha

Abajo se encuentran los nombres de las personas las cuales yo les doy permiso de estar presente y/o tener participación durante mi tratamiento medico o las cuales les brindo acceso a mis expedientes/documentos medicos, y son protegidos por ley. Doy permiso que Sierra Providence Medical Partners comparta mi información medica con las siguientes personas:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Favor mantenga este documento para surecord.

PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS

Notice of Privacy Practices

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICATOCANTE A USTED PODRÁ SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DEREVISARLA CUIDADOSAMENTE.

SÍ USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA INFORMACIÓN PORFAVOR CONTACTE NUESTRAS OFICINAS PRIVADAS CON STEPHEN EPPSTEIN, M.D. AL (817) 514-5200.

Esta práctica utiliza y revela información de salud tocante de usted para tratamiento, para obtener pago para tratamiento, para causas administrativas, y para evaluar la calidad de tratamiento que usted recibe.

Este aviso describe nuestras prácticas privadas. Podemos cambiar nuestras pólizas y este aviso a cualquier hora, y aplicar esas pólizas revisadas a toda la información protegida de sanidad cual mantenemos. Si acaso, o cuando cambiaríamos nuestro aviso, situaremos el aviso nuevo en nuestra oficina donde se podrá ver. Ud. puede solicitar una copia de papel de este aviso, o cualquier aviso modificado, a cualquier hora, (aunque usted nos haya dado el derecho de comunicarnos con usted electrónicamente). Para mas información tocante este aviso, o tocante nuestras pólizas y prácticas, favor de comunicase con la persona mencionada abajo.

1. Tratamiento, Pago, Operaciones de Cuidado Medico

Tratamiento: Somos permitidos a usar y divulgar su información medica a todos involucrados bajo su tratamiento. Por ejemplo, su cuidado podrá requerir el involucramiento de un especialista. Cuando le referimos a ese medico, compartiremos alguna o toda su información medica con ese medico / medica para facilitar el entrego de cuidado. O, el medico / medica en esta práctica es especialista. Cuando proporcionamos tratamiento, podemos pedir que su medico de cuidado primario comparta su información medica con nosotros. También, podemos proporcionar a su medico de cuidado primario, información tocante su condición particular para que su medico de cuidado primario lo pueda trata apropiadamente en otras condiciones medicas, si hay algunas).

Pago: Somos permitidos a usar y divulgar su información medica para cobrar y coleccionar pago por los servicios dirigidos a usted. Por ejemplo, podremos completar un forma de reclamo para conseguir pago de su asegurador o HMO. Esa forma contenerla (contiene?) información medica, asi como una descripción de el servicio medico proporcionado a usted, el cual su asegurador o HMO necesita aprobar el pago a nosotros.

Operaciones de Cuidado de Médico: Somos permitidos a utilizar o divulgar su información medica para las intenciones de operaciones de cuidado de médico, cuales son actividades que soportan esta práctica y aseguran que cuidado de calidad se entregue. Por ejemplo, la información podrá ser utilizada por estudiantes médicos o de enfermería los cuales proveen servicios a pacientes en nuestras clínicas. O podremos usar

páginas de registro para que los pacientes escriban su nombre y el nombre de el medico. Estas páginas nos avisaran que el paciente ha llegado ha su cita. Esta información también sera utilizada para llamar su nombre cuando es tiempo de ver al medico, y también para hablarle por teléfono para recordarle de su cita.

O nosotros podremos usar su IPS para evaluar la calidad de los doctores, enfermeras y otros empleados al cuidado de la salud involucrados con su cuidado. Nosotros podremos obtener su IPS a través de nuestro representante de pacientes en orden de resolver cualquier reclamo que usted pueda tener y asegurar que usted se siente confortable con nosotros.

También podremos compartir su IPS con sus otros proveedores del cuidado de la salud cuando esa información sea requerida para que ellos lo puedan tratar, recibir pagos por servicios que le brindaron, o hicieron ciertas operaciones de cuidado de la salud, como calidad de la valorización y el mejoramiento de las actividades, revisando la calidad y habilidades de

los profesionales al cuidado de la salud, o por fraudes al cuidado de la salud y averiguación abusiva y/o actividades del programa de cumplimiento.

2. Declaraciones que se pueden realizar sin autorización escrita o una oportunidad de refutar

Hay algunas situaciones en cuales somos permitidos a divulgar o utilizar su información medica sin su autorización escrita o sin oportunidad de refutar. En otras situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de divulgar o utilizar alguna identificación de información de salud tocante usted. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, después podrá revocar aquella autorización por escrito, para detener usos y declaraciones futuras. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicara a declaraciones o usos ya hechos en esa autorización.

Salud Publica, Abuso o Descuido y supervisión Medica

Podemos divulgar su información medica para actividades publicas de salud. Actividades de salud publicas son encargadas por gobierno federal, estatal o gobierno local para la coleccion de información tocante enfermedades, estadísticas esenciales (nacimientos o mortalidades) o daño por una autoridad de salud publica. Podemos divulgar su información medica, para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos, o notificar a la gente acerca de revocaciones de productos cuales estén usando.

Porque la ley de Texas requiere médicos/ medicas que reporten el abuso o descuido de niños, podemos revelar información medica a una agencia publica autorizada a recibir reportes de abuso o descuido de niños. La ley de Texas también requiere cualquier persona que sospeche que algún anciano o incapacitado este bajo el abuso o descuido, o explotación, reportar la información a el estado y las regulaciones privadas de HIPAA permiten la divulgamiento de información para reportar el abuso o descuido de ancianos o incapacitados.

Podemos divulgar su información medica a una agencia de omisión de salud para aquellas actividades autorizadas por la ley. Muestras de estas actividades son revisiones, investigaciones, aplicaciones de licencia, y inspecciones, todas cuales son actividades del gobierno dirigidas para verificar el sistema de entrego sobre el cuidado de

Procedimientos Legales y Ejecución de la Ley

Podemos divulgar su información medica en el curso de procedimientos judiciales y administración en respuesta a una orden de la corte (o el encargado de decisiones administrativas) o otro proceso legal apropiado. Ciertos requerimientos deben ser cumplidos antes que la información sea divulgada.

Si somos preguntados por un oficial de ejecución legal, podemos revelar su información medica bajo circunstancias limitadas cuales son proporcionadas:

- La información es divulgada por consecuencia a proceso legal, así como una escritura o citación;
- La información pertenece a una victima de crimen y usted es incapacitado;
- La información pertenece a una persona que ha fallecido bajos circunstancias que sean relacionadas a conducto criminal;
- La información es tocante una victima de crimen y no podemos conseguir la conformidad de la persona;
- La información es divulgada por el caso que un

salud, y rendimiento con otras leyes, así como las leyes de derechos civiles.

- La información es divulgada en este solar (local?); o
- La información es divulgada para localizar un fugitivo, persona extraviada, o persona sospechada.

Podemos también divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o reducir el amenaza inminente a la salud o seguridad de un persona.

Compensación de trabajadores

Podemos divulgar su información medica así como es requerida por la ley de compensación de trabajadores.

Habitadores de Prisión

Si usted es un habitador de prisión, o bajo la custodia de la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la institución correccional o a un oficial de la ley. Este descargo es permitido a conceder la institución que le proporciono cuidado medico, para proteger su salud y la salud de otros, o la seguridad de la institución.

Militara, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, Protección del Presidente

Podemos divulgar su información medica para funciones especializadas del gobierno así como separación o absolución del servicio militar, solicitudes necesarias por oficiales comandantes apropiados de la militar (sí usted se encuentra en la militar.), servicios de inteligencias y seguridad nacional autorizados, así como las actividades autorizadas para la provisión de servicios protectorios para el presidente de Los Estados Unidos, otros oficiales autorizados del gobierno, y encargados del estado del extranjero.

Escudriñamiento, Donación de Órganos, Coronares, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales

Cuando un proyecto de escudriñamiento y sus protecciones privadas han sido aprobadas por un junta institucional de revista, o junta de privado, podemos divulgar información medica a investigadores para causas de escudriñamiento. Podemos divulgar información medica a organizaciones de obtenciones de órganos, para la causa de facilitar un órgano, ojo, o donación de elementos anatómicos si usted es un donador.

También, podemos revelar su información medica a un examinador medico para identificar una persona fallecida o la causa de muerte. Además, podemos revelar su información medica a un director de funerales cuando esta divulgación es necesaria para que el director pueda cumplir con sus obligaciones.

Exigido por Ley

Podemos revelar su información médica cuando la divulgación es exigida por ley.

3. Derechos Individuales Bajo las Regulaciones Federales

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos ha creado regulaciones intentadas a proteger el aislamiento del paciente así como requerido por HIPAA. Esos reglamentos producen varios privilegios cuales los pacientes pueden utilizar. No talionaremos contra pacientes quienes utilicen sus derechos de HIPAA.

Restricciones Solicitadas: Usted puede solicitar que limitemos como su información protegida de salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. **NO** tenemos que convenir a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud con excepción de circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, entregue lo siguiente por escrito: (a) la información bajo restricción, (b) que tipo de restricción solicita (por ejemplo, en el uso de información, divulgación de información, o ambos,) y (c) a quienes se le aplican las restricciones. Favor de mandar la solicitud a la persona nombrada abajo.

También puede solicitar que limitemos divulgación a miembros de familia, otros parientes, o amigos personales cuales sean o no sean involucrados en su cuidado.

Recibiendo Comunicaciones Confidenciales por Métodos Alternativos: Puede solicitar que enviemos comunicaciones de información de salud protegida por métodos alternativos o a un local alternativo. Esta solicitud debe ser por escrita a la persona nombrada abajo. Somos requerido a proveer solamente solicitudes razonables. Favor de especificar en su correspondencia exactamente como gusta que nos comuniquemos con usted, y si dirige a mandarlo a un lugar particular, favor de proporcionar la información de contacto.

Inspección y Copias de Información de Salud Protegida: Puede examinar y/o copiar información de salud que se encuentra dentro de los archivos designados, cual es información que se utiliza para tomar decisiones tocante su salud. La ley de Texas requiere que solicitudes de copias sean hechas por escrito, y pedimos que solicitudes para inspección de su información de salud, también sean por escrito. Favor de mandar su solicitud a la persona nombrada abajo.

Podemos pedir que un narrativo de esa información sea proporcionado en vez de copias. Sin embargo, si usted no esta de acuerdo con nuestra solicitud, le proporcionaremos copias.

Podemos negarnos a proporcionar alguna de la información que usted pide a examinar o que sea copiada. Podemos negarnos a proporcionar acceso a copias de alguna de la información por las siguientes razones:

- Si la información son notas de psicoterapia.
- Si la información divulga la identificación de alguna persona quien proporcione información bajo la promesa de secreto.
- Si la información es sujeta a Las Reformaciones de 1988 de Mejoramiento de Laboratorio Clínico (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988).
- Si la información ha sido juntada en anticipo

de litigio.

Podemos negar proporcionar acceso a, o copias de alguna información por otras razones, bajo la condición que arreglemos un examen de su decisión tocante su solicitud. Este examen será hecho por otro proporcionado licenciado de cuidado de salud, quien no ha sido involucrado en cualquier decisión hecha anteriormente para negar acceso.

La ley de Texas nos requiere que estemos listos para proporcionar copias o narrativo dentro de 15 días de su solicitud. Lo informaremos cuando los archivos estén listos o si creemos que acceso sea limitado. Si le negamos acceso, le informaremos por escrito.

HIPAA nos permite cobrar una recompensa razonable de costo.

Reformación De Información Médica

Usted puede pedir una reformación de su información médica en el archivo designado (designated record set).

Cualquier solicitud debe ser por escrito a la persona mencionada abajo. Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar una reformación por las razones siguientes:

- Si la información no fue creada por esta práctica o los médicos en esta práctica.
- Si la información no es parte del archivo designado.
- Si la información no es disponible para inspección a causa de una denegación apropiada.
- Si la información esta completa y correcta.

Aunque le neguemos una reformación, usted es permitido a incluir una declaración de paciente tocante la información aplicable en su archivo médico. Si le neguemos una reformación, le notificaremos por escrito.

Si le aprobamos la reformación, le notificaremos por escrito, admitiremos que se lleve a cabo, y le notificaremos a otros que hemos conseguido la información correcta.

Derecho a Obtener un Listado de Divulgación: Las regulaciones de aislamiento de HIPAA le permiten a usted que solicite, a nosotros que le proporcionemos un listado de divulgaciones que son para otras causas además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o hechas por una autorización firmada por usted o su representante. Favor de enviar cualquier solicitud de responsabilidad a la persona nombrada abajo. Su primer listado de divulgaciones (dentro de un periodo de 12 meses) será gratis. Para solicitudes adicionales, dentro de ese periodo, somos permitidos de cobrar por el costo de proporcionar la lista. Si hay algún cargo, le notificaremos, y puede elegir a remover o modificar su solicitud antes de incurrir costos.

4. Recuerdos de Sitos, Tratamientos Alternativos, y Otros Beneficios Relacionados a la Salud

Podemos comunicarnos con usted [por teléfono, correo, o ambos] para proporcionar recuerdos de sitios, información tocante métodos alternativos de tratamiento, y otros

beneficios relacionados a la salud, y servicios que puedan servir de interés a usted.

5. Quejas

Si usted se siente apesadado que sus derechos de aislamiento han sido violados, puede comunicarse con la persona mencionada abajo. Además, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. No talionaremos contra usted por haber archivado una queja con nosotros o con el gobierno.

6. Nuestra Promesa a Usted

Somos obligados por ley y regulación de proteger el aislamiento de su información médica, de proporciónale con este aviso de nuestras prácticas de aislamiento con respeto a la información de salud protegida, y de sostener los artículos del aviso de las prácticas de aislamiento en efecto.

7. Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes

Nosotros podremos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si nosotros cambiáramos este aviso, nosotros podremos hacer los nuevos términos del aviso efectivos para toda Información Protegida de la Salud que mantengamos, incluyendo cualquier IPS creada o recibida antes de hacer el nuevo aviso. Si cambiamos el Aviso, nosotros pondremos el nuevo aviso en las salas de espera de su alrededor y dentro de Sierra Providence Medical Partners y en nuestra pagina de Internet www.ProvidenceMedicalPartners.com.

Usted también puede obtener cualquier nuevo aviso contactando a nuestra Oficina de Privacidad.

Oficina de Asuntos Privados

Usted puede ponerse en contacto con nuestra oficina de privacidad.

Providence Medical Partners c/o Impel Management

9003 Airport Freeway, Suite 300
North Richland Hills, Texas 76180
(817) 514-5200 Teléfono
(817) 514-5210 fax

FAVOR DE GUARDAR ESTE DOCUMENTO PARA SU REGISTRO

COMPRENDA LA COBERTURA DE SU SEGURO

**POR FAVOR LLAME A
SU COMPAÑÍA DE SEGURO**

HOY

Haremos todo lo posible para verificar su cobertura. Conosca la cobertura de beneficio. Sin embargo, es su responsabilidad ayudarnos a entender los servicios para los cuales usted puede ser responsable financieramente.

Con tantos cambios que las compañías de seguros están haciendo, por favor, tome tiempo para aprender cómo le va a afectar a usted y a su familia.

PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS
www.ProvidenceMedicalPartners.com
844-ELP-DOCS (844-357-3627)

Como usted probablemente sabe, la cobertura en la mayoría de pólizas de seguro de salud han cambiado. En un esfuerzo para ayudar a nuestros pacientes en la comprensión de sus coberturas de seguro, hemos definido **las siguientes preguntas que usted debe preguntar** a su compañía de seguros. Si usted tiene una nueva compañía de seguros (o usted ha tenido el mismo plan de seguro durante años), estas preguntas se debe hacer hoy para determinar los cambios en la cobertura. Estas son sólo algunas sugerencias. Usted puede y debe de preguntar cualquier otra pregunta que usted tenga cuando haga la llamada a su compañía de aseguranza.

1. ¿Cuál es mi fecha de entrada efectiva? _____
2. ¿Si tengo cobertura con más de un seguro, cual seguro viene siendo primario? _____
¿Cuál es secundario? _____
¿Qué empresa es la principal para mi hijo si yo y mi cónyuges tienen cobertura? _____
3. ¿Es mi seguro HMO, POS, PPO o indemnización? _____
¿Qué significa esto? _____
4. ¿Tengo beneficios fuera de la cadena? _____
5. ¿Mi seguro exige por escrito la remisión a los especialistas? _____
6. ¿Tengo un deducible? _____ ¿Qué significa esto para mí, y cuánto se ha cumplido? _____

¿Para que sirve el deducible?
7. ¿Puedo contar con co-seguro en las cantidades adeudadas por encima de mi copago? _____
Sí la respuesta fue si, ¿cuál es la cantidad? _____
8. ¿Cuál es el copago de mi doctor (PCP) cuando visite? _____
¿El copago para una visita con especialista? _____
¿Debera ser un especialista OBGYN, si yo sólo voy para mi visita ginecológica anual? _____
9. ¿Con qué frecuencia puedo visitar / o miembros de mi familia si tienen una prevención física / examen al bienestar de la mujer/ o visita del niño? _____
Según sus registros, ¿cuando yo o los miembros de mi familia tubieron estos tipos de exámenes? _____

¿Hay una porción de copago para prevención física y bienestar de la mujer, como exámenes/visita para los niños? _____ ¿Cuánto? _____

Cuando visite / o si miembros de la familia tienen una prevención física / examen al bienestar de la mujer/ o visita del niño, ¿hay algo que NO este cubierto? _____
¿Cuánto tengo que pagar? _____
10. ¿Existe un límite de gastos, coseguro o deducible en mi cobertura preventiva? _____
¿Si es así, cuánto? _____
11. ¿Existe un **copago, coseguro o deducible** si recorro a laboratorios o procedimientos sin ver al médico o asistente médico? _____
¿Qué pasa si los procedimientos o trabajo de laboratorio se producen en un día (s) antes o después de mi cita? _____
12. ¿Tengo cobertura para las pruebas de cribado? (Colonoscopia, prueba de esfuerzo, laboratorios, mamografías, pruebas de densidad ósea, EKG, etc) Sí así es, cuál es el porcentaje al que estas pruebas están cubiertas? _____

Favor mantenga este documento para su record.

Providence Medical Partners
HIPAA Información al Paciente

¿Qué es HIPAA?

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 (HIPAA) es una ley aprobada por el Congreso a proteger la privacidad de los pacientes en lo que respecta a los expedientes médicos y control el flujo de información de salud. Por otra parte, HIPAA fue diseñada con el proposito de bajar los costos administrativos medicos estableciendo normas para la presentación y tramitación de los reclamos de seguros. Los reglamentos de HIPAA afectan a las personas en todos los niveles de atención médica, incluyendo a los pacientes y sus médicos.

¿Qué es TPO?

Tratamiento, pago y operaciones (TPO) incluye los procesos habituales que intervienen en recibir atención médica. Hay varios ejemplos que abarcan TPO. A menudo es necesario compartir su información de salud entre los proveedores de asistencia médica, tales como proporcionar una remisión a un especialista. Esta es una parte del **tratamiento**. Información acerca de su diagnóstico o otro tipo de información de su salud que requieran **pago** para las compañías de seguros. Las evaluaciones de los expedientes médicos garantizan una alta calidad de atención prestada por nuestros médicos que consideramos parte de las **operaciones**.

¿Por qué me debe importar TPO?

La legislación de HIPAA esboza diferencias significativas para el manejo de la información médica como TPO, para motivos distintos de TPO. Las leyes creadas por HIPAA están diseñadas para agilizar la asistencia médica para no tener restricciones en el intercambio de información sobre su salud TPO y para restringir la información no necesaria para TPO (por ejemplo, información dada a otras personas, incluso miembros de su familia, o razones comerciales).

¿Cómo me afecta HIPAA como paciente?

HIPAA beneficia de muchas maneras a los pacientes. Por ejemplo, Sierra Providence Medical Partners porvoerá información a los pacientes sobre sus derechos privados. Por otra parte, los nuevos reglamentos hacen ilegal el acto de que los proveedores de atención médica vendan su información de salud para los comercializadores y los anunciantes sin su autorización escrita. Como paciente, usted tiene el derecho de revisar su expediente médico si usted cree que algo es incorrecto y solicita un cambio. Sin embargo, sólo su médico puede determinar si su expediente médico es incorrecta.

¿HIPAA tiene efectos negativos?

La intención la legislación de HIPAA, es mejorar el nivel de privacidad para los pacientes. *Sin embargo, la ley exige que el paciente le autorize por escrito información de su salud antes de que sea puesta su información en libertad por razones distintas de TPO. Por ejemplo, los familiares no pueden llamar a la clínica y obtener cualquier información de salud sin que usted firma una autorización primero. Por favor, comprenda que la clínica está trabajando para proteger la privacidad de todos los pacientes y pueden tener polizas aún más estrictas para tener el control de dicha información.*

¿Cuándo se llevará a cabo estos cambios?

Sierra Providence Medical debe cumplir con los reglamentos de HIPAA en abril 14, 2003. Sin embargo, cada clínica está trabajando diligentemente para ser compatible con antisipación de el plazo.

¿A quien debo llamar si tengo una pregunta sobre la privacidad de mi expediente médico de Sierra Providence Medical Partners?

Sierra Providence Medical Partners cuenta con un Oficial Privado, disponible para resolver cualquier pregunta privada.

Por favor contacte a:

Providence Medical Partners Oficina de Privacidad

HIPAA Privacy Officer
Providence Medical Partners
8200 Perrin Beitel
San Antonio, Texas 78218
(210) 619-8845

Gracias por ayudar a Providence Medical Partners en nuestros esfuerzos para proteger la privacidad de todos nuestros pacientes!

