



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Inicial media	
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:		Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Dirección postal física:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Número de teléfono:	Celular:	¿Podemos dejar un mensaje de voz?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Lenguaje: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza: Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Padre/ Tutor legal (si el paciente es menor de edad) Nombre:				Fecha de nacimiento del tutor:	
Nombre del proveedor de seguros:				Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Nombre del suscriptor:		Relación con el paciente:			
Número de identificación del suscriptor:	Grupo ID#:		Número de teléfono del seguro:		
Ocupación:					
Contacto de emergencia:			Nombre del pariente más cercano:		
Número de teléfono:			Número de teléfono:		
Dirección:			Dirección:		
Relación:			Relación:		



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/SERVICIOS AMBULATORIOS

ESCRIBA SUS INICIALES EN TODAS LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN:

1. **Consentimiento para Tratamiento Médico:** Entiendo que me he presentado en las Clínicas de NTMC para la evaluación y/o tratamiento por una condición médica. Autorizo y requiero que las Clínicas de NTMC me brinden atención de calidad y entiendo que todas las opciones se discutirán antes de la administración de dicho tratamiento. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías sobre el resultado de ningún procedimiento y/o tratamiento. Otorgo este consentimiento sin coerción, confusión o presión de mi médico y/o su personal, asociados o colegas.
2. **Certificación de pacientes de Medicare y Medicaid:** Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago o los beneficios autorizados se realicen en mi nombre. Si soy beneficiario de Medicare, comprendo que soy responsable del deducible de Medicare y del 20 % del coaseguro (Parte B) en relación con los cargos profesionales en los que pueda incurrir.
3. **Responsabilidad de precertificación:** Entiendo que soy responsable de la precertificación/preaprobación con el proveedor de mi seguro. Mi proveedor puede imponer sanciones como resultado de la falta de certificación adecuada.
4. **Citas programadas:** Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener a los otros pacientes y médicos en dentro del horario establecido. **Si un paciente llega 15 minutos después de la hora programada, tendremos que reprogramar la cita.**
5. **Política de cheques devueltos por falta de fondos:** Se le cobrará \$35 USD por cada cheque no financiado o devuelto.
6. **Sobrepago:** Entiendo que en caso de sobrepago a la cuenta, cualquier adeudo será reembolsado a la persona apropiada, excepto por lo siguiente: Es política del hospital que cualquier saldo de crédito que pueda existir como resultado de esta visita a la clínica sea aplicado a cualquier otra cuenta mía o de un miembro de mi familia inmediata de quien soy legalmente responsable. En caso de que no haya otras cuentas, se realizará un reembolso de inmediato.
7. **Acuerdo financiero y garantía de pago:** Por medio de la presente autorizo que los beneficios del seguro se realicen directamente a las Clínicas de NTMC por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de recolección. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.
8. **Contactos Telefónicos:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas y/o mensajes artificiales o pregrabados a mi celular, teléfono y cualquier otro número proporcionado durante mi proceso de registro en NTMC o sus afiliados y sus agentes, incluidos, entre otros, las empresas de gestión de cuentas y los contratistas independientes, incluidos los agentes de cobro. O envío de correo a través del servicio de correo de EE. UU.
9. **Atención de caridad/indigente:** NTMC ha desarrollado un sistema de elegibilidad para evaluar a los pacientes que pueden ser indigentes desde el punto de vista financiero o médico. Para solicitudes, comuníquese con Servicios Comerciales. Se brindará atención a aquellos pacientes calificados sin distinción de raza, credo, color u origen nacional. En virtud de su exención de impuestos federales y estatales y como parte de la misión del hospital de brindar atención médica a la comunidad, se brindará atención caritativa/indigente a pacientes sin medios económicos.
10. **Autorización para la divulgación de información médica:** Reconozco que las Clínicas de NTMC compartirán toda la información necesaria con mi(s) aseguradora(s), pagador(es), entidades gubernamentales como Medicare, Medicaid, etc., y sus representantes, incluidos, entre otros, la determinación de beneficios y la revisión del uso, así como sus representantes involucrados en el proceso de facturación, incluidos, pero no limitado a, representantes de reclamos, almacenes de datos, y compañías de facturación. Intercambio de información para fines de operaciones: se compartirá toda la información necesaria para las operaciones en curso de esta oficina, incluidos, entre otros, los procesos relevantes, los procesos de acreditación, la revisión experta, la acreditación y el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales.
11. Entiendo que los servicios de atención médica pagados por Medicare, Medicaid y los programas de salud materna e infantil están sujetos a inspección por la Organización de Revisión de Normas Profesionales. También reconozco que se compartirá mi información con cualquier proveedor de referencia involucrado en mi tratamiento de atención médica.

EL FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO LO ANTERIOR, ES EL PACIENTE O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE, Y ACEPTA LAS CONDICIONES DE ADMISIÓN ANTERIORES.

Firma del paciente o Tutor

Relación con el paciente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del paciente

Testigo

_____/_____/_____
Fecha



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

EJERCICIO DE DERECHOS

- Usted tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. También tiene derecho a participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención.
- Usted tiene derecho a rechazar o solicitar atención si está en poder de sus facultades. Esto incluye el derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento ofrecido por la ley y la política del hospital. Este derecho no se extiende a los servicios que son médicamente innecesarios o inapropiados.
- Excepto en emergencias cuando un paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones y la necesidad de tratamiento es urgente, usted tiene derecho a discutir y solicitar información relacionada con procedimientos y/o tratamientos específicos, los riesgos y beneficios, inclusiones y la posible duración de la recuperación. También tiene derecho a ser informado sobre alternativas médicamente razonables y los riesgos y beneficios que las acompañan.
- Excepto cuando sea clínicamente necesario o exista una limitación razonable, tiene derecho a recibir las visitas que usted designe, incluidos, entre otros, un cónyuge, una pareja (incluida una pareja del mismo sexo), otro miembro de la familia o una amistad.
- Tiene derecho a retirar su consentimiento para las visitas de cualquier persona en cualquier momento.

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

- Tiene derecho a la privacidad personal. La discusión del caso, la consulta, los exámenes y el tratamiento deben llevarse a cabo de manera que se proteja razonablemente su privacidad.
- Tiene derecho a recibir atención en un entorno seguro.
- Tiene derecho a estar libre de toda forma de abuso, negligencia o acoso.

CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES DEL PACIENTE

- Tiene derecho a acceder a la información contenida en su expediente médico dentro de un plazo razonable.
- Tiene derecho a que todas las comunicaciones y los registros relacionados con su atención se traten de manera confidencial, excepto en los casos en que la ley permita o exija una notificación. Tiene derecho a que la clínica enfatice la confidencialidad de esta información cuando la divulgue a otras instituciones con derecho a revisar la información explicada o interpretada según sea necesario, excepto cuando lo restrinja la ley.

Escriba sus iniciales para aceptar las cuatro declaraciones a continuación para su (HIPAA):

INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

_____ (iniciales) Si pagué de mi bolsillo en su totalidad por un artículo o servicio específico, tengo derecho a solicitar que mi Información Médica Protegida con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y las Clínicas de NTMC se honrará mi solicitud. Solicito que los servicios a continuación no se divulguen a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica.

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE - AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

_____ (iniciales) Reconozco que las Clínicas de NTMC me han brindado la oportunidad de ver y leer una copia escrita de su AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A MIEMBROS DE LA FAMILIA Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS

_____ (iniciales) Reconozco que las Clínicas de NTMC divulgarán mi información médica protegida (PHI) a un miembro de la familia, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que yo designe en relación directa de su participación en mi atención.

Especifique individuo: _____ Número de contacto: _____

RECONOCIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

_____ (iniciales) He leído el AVISO DE RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE y esta oficina me ha respondido mis preguntas. Entiendo que al firmar este formulario, reconozco que he leído el Aviso de responsabilidades del paciente publicado en todas las ubicaciones de las Clínicas de NTMC. Mi consentimiento se da libremente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si la revocación se hace por escrito, pero se permitirá cualquier divulgación dada en base a este consentimiento previo.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE (continuación)

COMUNICACIONES

- Si no puede comunicarse con el personal de la clínica porque no habla o no domina el inglés, o si tiene problemas de comunicación como sordera, baja visión o ceguera, tendrá acceso, cuando sea posible, a un intérprete y/o tecnología para ayudar con la comunicación.
- Si tiene una queja, denos la oportunidad de abordar sus inquietudes notificando a un Representante de Contacto con el Paciente o al Director de Gestión de Calidad. Sin embargo, no está obligado a hacerlo y puede presentar una queja ante las siguientes agencias estatales:

Quejas sobre el médico:

Texas Medical Board Investigations Department, MC-263
P.O. Box 2018
Austin, TX 78768-2018
1-800-201-9353

Quejas de la atención de la clínica:

Health Facility Compliance Group/ MC 1979
Texas Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, TX 78786
1-888-973-0022

SUMINISTRO DE INFORMACIÓN

- Tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa relacionada con su salud, que incluye quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, cirugías, medicamentos actuales y cualquier alergia que pueda tener. También se deben informar los cambios inesperados en su condición.
- Tiene la responsabilidad de informar a su proveedor de atención médica si comprende o no su plan de tratamiento y lo que se espera de usted.
- Usted es responsable de proporcionar la información necesaria y precisa para el procesamiento de reclamos de seguros y para cumplir con las obligaciones financieras a tiempo.

CUMPLIMIENTO CON LAS INSTRUCCIONES DE TRATAMIENTO

- Usted es responsable de seguir su plan de tratamiento y las instrucciones que le den los proveedores de atención médica.
- Usted es responsable de asistir a su cita y de notificar a la persona adecuada si no puede asistir a su cita.

RECHAZO AL TRATAMIENTO

- Usted es responsable de sus acciones y las consecuencias resultantes si elige no seguir su plan de tratamiento o seguir las instrucciones.

RESPECTO Y CONSIDERACIÓN

- Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal y de ayudar a controlar el ruido y la cantidad de visitantes. Esto incluye ser respetuoso con la propiedad de otras personas y del hospital.

Firma del paciente o tutor

____/____/____
Fecha:



Authorization for Use or Disclosure of Health Information
Release of information

Patient Name: _____ DOB: _____

Last 4 of SSN#: _____ Phone#: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Release to Name: _____

Phone #: _____ Fax#: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Release From Name: _____

Phone #: _____ Fax#: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Information to be released:

From & To Dates: _____

- Copy of complete records
Information related to HIV testing results
History & Physical/Consultation reports
Labs, X Rays, PFT's, Echo, Angio, OP reports
Other: specify

Purpose of disclosure of records:

- Changing physician Second opinion
Continuing care Legal
Workers comp. Insurance
School my personal request

I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except when otherwise permitted by law. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected. I understand that the specified information to be released may include, but is not limited to: history, diagnosis, treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, and/or communicable disease, including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). I understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization, except in certain circumstances such as for participation in research programs, or authorization of the release of testing results for pre employment purposes. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon the authorization. I understand I may be charged a retrieval/processing fee and for copies of my medical records according to Texas Hospital Licensing Law. This authorization will expire One Hundred and Eighty (180) days from the date of my signature unless I revoke the authorization prior to that time or unless otherwise specified by date, event, or condition.

Signature: _____ Relationship to patient: _____

Printed Name: _____ Patient or Legal Representative Date: _____

Witness Signature: _____ Prepared by Signature & Date: _____



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

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

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

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

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

Solicitar comunicaciones confidenciales

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

continúa en la próxima página

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

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

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

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

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

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

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

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

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

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

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

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

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

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

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

En el caso de recaudación de fondos:

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

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

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

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: *Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
-

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
-

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
-

Trabajar con un médico forense o director funerario

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

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares
-

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.