



PATIENT REGISTRATION INFORMATION / INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE DATE / FECHA \_\_\_\_\_

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ BIRTHDATE / FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ MARITAL STATUS / CATEGORIA: [ ] SINGLE/ SOLTERO [ ] MARRIED / CASADO [ ] DIVORCED / DIVORVIADO [ ] WIDOWED / VIUDO EMAIL / CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY / CIUDA \_\_\_\_\_ STATE / ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP / CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELL PHONE / TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_ [ ] MALE / MASCULINO [ ] FEMALE / FEMININO SOCIAL SECURITY \_\_\_\_\_ EMPLOYER / EMPLEADO \_\_\_\_\_ WORK ADDRESS / DIRECCIÓN DE NEGOCIOS: \_\_\_\_\_ CITY / CIUDA \_\_\_\_\_ STATE / ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP / CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ WORK PHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ OCCUPATION / OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

WHO REFERRED YOU TO OUR OFFICE? / ¿QUIÉN LO REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA?

[ ] DOCTOR / SI SE REFIERE EL DOCTOR \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE / TELEFONO DE OFICINA \_\_\_\_\_ [ ] SELF / SI MISMO [ ] FAMILY OR FRIEND / LA FAMILIA O AMIGO [ ] INTERNET [ ] NEWSPAPER OR YELLOW PAGES / PERIÓDICO O EN LAS PÁGINAS AMARILLAS

PRIMARY CARE PHYSICIAN / MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE NUMBER / TELÉFONO DE OFICINA \_\_\_\_\_

PRIMARY INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

INSURANCE COMPANY / EMPRESA INSURANE \_\_\_\_\_ GROUP # / GRUPO # \_\_\_\_\_ SUBSCRIBER ID # / SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_ PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT / PERSONA RESPONSABLE DE CUENTA \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE [ ] SELF / SÍ MISMO [ ] SPOUSE / ESPOSA [ ] PARENT / PADRE [ ] OTHER / OTRO SOC. SEC. # / NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_ BIRTHDATE / FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_ HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ WORK ADDRESS / DIRECCIÓN DE NEGOCIOS: \_\_\_\_\_ CITY / CIUDA \_\_\_\_\_ CITY / CIUDA \_\_\_\_\_ STATE / ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP / CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ STATE / ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP / CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ WORK PHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ CELL PHONE / TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_ OCCUPATION / OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

SECONDARY INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA

INSURANCE COMPANY / EMPRESA INSURANE \_\_\_\_\_ GROUP # / GRUPO # \_\_\_\_\_ SUBSCRIBER ID # / SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_ PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT / PERSONA RESPONSABLE DE CUENTA \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE [ ] SELF / SÍ MISMO [ ] SPOUSE / ESPOSA [ ] PARENT / PADRE [ ] OTHER / OTRO SOC. SEC. # / NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_ BIRTHDATE / FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_



PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT & RELEASE / CESIÓN Y LIBERACIÓN**

I hereby authorize payment directly to **NORTH TEXAS KIDNEY DISEASE ASSOCIATES** all insurance benefits otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all fees/charges, whether paid by insurance or not, for all services rendered on my behalf or my dependents.

I authorize the above noted establishment and/or any provider or supplier of services in this office to release any information required to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature of Responsible Party \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el pago directamente al **NORTH TEXAS KIDNEY DISEASE ASSOCIATES** enfermedad renal todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los honorarios / cargos, sean o no pagados por el seguro, para todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Autorizo el establecimiento antes mencionada y / o cualquier proveedor o distribuidor de servicios en esta oficina para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las

FIRMA DEL RESPONSIBLE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

(LEFT BLANK INTENTIONALLY)



NORTH TEXAS KIDNEY DISEASE ASSOCIATES

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

WHO REFERRED YOU TO OUR OFFICE? / ¿QUIÉN LO REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

WHAT ARE YOUR SYMPTOMS? / ¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS ACTUALES? \_\_\_\_\_

PLEASE LIST YOUR CURRENT MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS (DOSAGE / FREQUENCY) POR FAVOR, LISTE SUS ACTUALES MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS (DOSIS / FRECUENCIA)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

DO YOU HAVE ANY ALLERGIES TO SUBSTANCE OR MEDICATION ¿TIENE CUALQUIER ALERGIA A SUSTANCIA O MEDICAMENTOS?

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

PHARMACY NAME, CITY & PHONE: NOMBRE DE LA FARMACIA, CIUDAD Y TELEFONO:

(IF YOU HAVE MORE MEDICATIONS, PLEASE PROVIDE A THOROUGH LIST) (SI USTED TIENE MÁS MEDICAMENTOS, POR FAVOR, PROPORCIONE UNA LISTA COMPLETA).

PATIENT CONDITIONS: PLEASE CHECK CONDITIONS YOU HAVE HAD IN THE PAST. / CONDICIONES DEL PACIENTE: POR FAVOR, COMPRUEBE LAS CONDICIONES QUE USTED HA TENIDO EN EL PASADO.

- Kidney Disease / Enfermedad del riñon
 Hypertension / Hipertensión
 Diabetes / Diabetes
 Hematuria (blood in urine) / Hematuria (orina de sangre)
 Proteinuria (protein in urine) / Proteinuria (proteína en la orina)
 Kidney Stones / Cálculos renales
 Glomerulonephritis (Nephritis) / Glomerulonefritis (Nefritis)
 Urologic Disease/Enfermedad urológica
 Heart Disease / Enfermedad del corazón
 Hyperlipidemia / Hiperlipidemia
 Lung Disease / Enfermedad pulmonary
 Rheumatologic Disease / Enfermedad reumatológica
 Gastrointestinal
 Arthritis / Artritis
 Cancer / Cáncer
 Anemia
 Glaucoma Retinopathy / Retinopatía por Glaucoma
 HIV Positive / Positivo para el VIH
 Infections / Infecciones
 Psychiatric Disorder / Desorden psiquiátrico
 Bipolar
 Depression / Depresión
 Headaches / Dolores de cabeza depresivos

COMMENT ON THE CONDITIONS CHECKED / COMENTARIO SOBRE LAS CONDICIONES VERIFICADAS:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

PATIENT SURGERIES: PLEASE CHECK ANY SURGERIES YOU HAVE HAD IN THE PAST: / CIRUGIAS DEL PACIENTE: POR FAVOR COMPRUEBE LAS CIRUGIAS QUE USTED HA TENIDO EN EL PASADO:

- Appendectomy / Apendectomía
 Cholecystectomy / Colectistomía
 Hernia Repair / Reparación de hernia
 Transplant / Trasplante
 Nephrectomy / Nefrectomía
 Fistula or Shunt for Dialysis / Fístula o derivación para diálisis
 Peritoneal Dialysis Catheter / Catéter de diálisis peritoneal
 Coronary Artery Bypass / Derivación de la arteria coronaria
 Angioplasty / Stent / Angioplastia / Stent
 Aortic Aneurysm Repair / Reparación del aneurisma aórtico
 Carotid Endarterectomy / Endarterectomía carotídea
 Aortoiliac Artery Bypass / Circulación de la arteria aortoiliaca
 Pacemaker or Defibrillator / Marcapasos o desfibrilador
 Hysterectomy / Histerectomía
 Mastectomy / Mastectomía
 Gastric Bypass or Binding / Bypass gástrico o bandas
 Cataract Surgery / Cirugía de cataratas
 Retinal Laser Surgery / Cirugía láser de la retina
 Radiation Therapy / Terapia de radiación
 Stem Cell Transplant / Trasplante de células madre
 Spinal Surgery / Cirugía de la columna

PLEASE COMMENT ON CONDITIONS CHECKED: / COMENTARIOS POR FAVOR SOBRE LAS CONDICIONES VERIFICADAS:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_



PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

PATIENT DEMOGRAPHICS: Please tell us about yourself / DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE: Por favor, cuéntenos sobre usted

WHAT IS YOUR NATIVE LANGUAGE? / ¿CUÁL ES TU IDIOMA NATIVO

- English / Inglés
Spanish / Español
Chinese / chino
Vietnamese / vietnamita
Hindu
Other / Otro: \_\_\_\_\_

WHAT IS YOUR RACE? / ¿CUÁL ES SU RAZA?

- American Indian or Eskimo or Aleut / Indio americano o Esquimal o Aleut
Asian or Pacific Islander / Asiático o isleño del Pacífico
Black or African American / Negro o afroamericano
Caucasian or White / Caucásico o Blanco
Other / Otro: \_\_\_\_\_

(Includes all other responses not listed above. Patients who consider themselves as multiracial or mixed should choose this category / Incluye todas las demás respuestas no mencionadas anteriormente) Los pacientes que se consideran multirraciales o mixtos deben elegir esta categoría)

PATIENT DEMOGRAPHICS CONTINUED / DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE CONTINUADO:

WHAT IS YOUR NATIONALITY OR ETHNICITY? / ¿CUÁL ES SU NACIONALIDAD O ETNICIDAD?
Hispanic or Latino / Hispano o latino
Not Hispanic or Latino / No Hispano o Latino

WHAT IS YOUR LIVING SITUATION? / ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN DE VIDA?

- I live alone / vivo sol
I live with my spouse / Vivo con mi cónyuge
I live with my family or relatives / Vivo con mi familia o parientes
Assisted Living/Retirement Village / Vivienda Asistida / Jubilación
Other / Otro: \_\_\_\_\_

WHAT IS YOUR MARITAL HISTORY? / ¿CUÁL ES SU HISTORIA MARITAL?

- Married / Casado
Single / Soltero
Separated / Apartado
Divorced / Divorciado
Widowed / Viudo

WHAT IS YOUR WORK HISTORY? / ¿CUÁL ES SU HISTORIA DE TRABAJO? SU SITUACIÓN

- Work full time / Trabajo de tiempo completo.
Work part time / Trabajo a media jornada
Shift: Day Evening Night Cambio: Día noche noche de turno
Retired due to: / Retirado debido a:
Age or Disability / Edad o discapacidad
Not Currently Employed / Actualmente No Empleado
Currently on Disability / Actualmente en Discapacidad
Student: Full Time or Part Time / Estudiante: Tiempo Completo o Tiempo Parcial

WHAT IS YOUR TRANSPORTATION SITUATION? / ¿CUÁL ES DE TRANSPORTE?

- I drive myself / Me condujo
Family or friends drive me / La familia o amigos me llevan
I take public transportation / Tomo transporte publico
I take the facility transportation / Tomo el transporte de la instalación

WHAT IS THE BEST TIME FOR YOUR APPOINTMENTS? / ¿Cuál es el mejor momento para sus citas?

- Morning / Mañana
Afternoon / Tarde

HOW WELL DO YOU CARE FOR YOUR HEALTH? / ¿CÓMO USTED CUIDA PARA SU SALUD?

PREPARA SUS COMIDAS?

- I care for my own health / Cuido mi propia salud
My doctor takes care of my health / Mi médico se encarga de mi salud
My spouse or family member takes care of my health / Mi cónyuge o miembro de la familia Cuidado de mi salud
Who? / ¿Quien? \_\_\_\_\_

WHO PREPARES YOUR MEALS? / ¿QUIÉN

- Myself or my spouse / Yo o mi cónyuge
A family member or friend / Un miembro de la familia o un amigo
I eat out at restaurants / Yo como en los restaurantes
Assisted Living/Retirement Village / Vivienda Asistida / Jubilación
Community Assistance / Asistencia Comunitaria
Other / Otro: \_\_\_\_\_

PLEASE CHECK WHICH SUBSTANCES YOU USE / POR FAVOR, CONSULTE LAS SUSTANCIAS QUE UTILICE:

- Smoking / de Fumar
Alcohol
Previous History of Smoking / Historia previa de fumar
Marijuana
Chewing Tobacco / Mascando Tabaco
Other Illicit Drug Use? / Otros usos de drogas ilícitas? What? / Qué \_\_\_\_\_

INDICATE IF YOU HAD ANY OF THESE VACCINATIONS: / INDIQUE SI TIENE ALGUNA DE ESTAS VACUNACIONES:

- Influenza
Pneumonia / Neumonía
Hepatitis B
Hepatitis C
Date / Fecha: \_\_\_\_\_



NORTH TEXAS KIDNEY DISEASE ASSOCIATES

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING: YES NO

- I take my blood pressure regularly
I weigh myself weekly
I have a Physical Disability
I have a Mental Disability
Ever had a Blood transfusion?

If yes, when: \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:

- Tomo mi presión arterial regularmente
Me pesa semanalmente
Tengo una discapacidad física
Tengo una discapacidad mental
¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?

Si sí, cuándo: \_\_\_\_\_

HAVE YOU HAD ANY OF THESE TESTS? YEAR?

¿TENÍA ALGUNO DE ESTOS PRUEBAS? ¿AÑO?

- Colonoscopy / Colonoscopia
Cystoscopy / Cistoscopia
Mammogram / Mamograma
Pap Smear / Prueba de Papanicolaou
Hemoglobin A1c / Hemoglobina a1c
PSA

IS THERE FAMILY HISTORY OF THE FOLLOWING?

¿HAY HISTORIA FAMILIAR DE LO SIGUIENTE?

- Kidney Disease / Enfermedad del riñon
Polycystic Kidney Disease / Poliquistico enfermedad en los riñones
Diabetes Mellitus
Hypertension / Hipertensión
Heart Disease / Enfermedad del corazón

IS THERE FAMILY HISTORY OF THE FOLLOWING CANCERS? / ¿HAY HISTORIA FAMILIAR DE LOS SIGUIENTES CÁNCERES?

- Breast Cancer / Cáncer de Mama
Colon Cancer / Cáncer de colon
Lung Cancer / Cáncer de pulmón
Kidney Cancer / Cancer de RIÑON
Ovarian Cancer / Cáncer de ovarios
Other / Otro:

Please list any Hospitalizations / Por favor liste cualquier hospitalización

Year / Año

I seem to go to the Emergency Room or get admitted the Hospital frequently:
Parece que voy a la sala de emergencias o ser admitido en el hospital con frecuencia:
¿Por qué?

WHO ARE YOUR SOCIAL SUPPORT GROUPS? / ¿QUIÉNES SON SUS GRUPOS DE APOYO SOCIAL?

Contact & Phone

Family / Familia:
Family / Familia:
Friend / Amigo:

Contact & Phone

Religious / Religioso:
Nursing Home or Retirement Village / Hogar de Ancianos o Jubilación:

May we contact the person(s) you have named above to assist in your care? / ¿Podemos contactar a la (s) persona (s) que usted ha nombrado arriba para ayudar en su cuidado?

MY DOCTORS / MIS DOCTORES: Telephone / Teléfono

Blank lines for listing doctors and phone numbers.

Please list any medications you do not take because of unpleasant symptoms:

Por favor liste todos los medicamentos que no toma debido a síntomas desagradables:

Please answer the following questions:

- Do you sometimes forget to take your medications?
Does someone prepare your medications in advance?
If yes, who does this for you?
Do you stop taking medicine if it makes you feel worse?
Do you ever cut back or stop taking your medicine without telling your doctor?
Do you ever forget to refill your medications?
Do you forget to pick up your medications?

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- ¿A veces se olvida de tomar sus medicamentos?
¿Alguien prepara sus medicamentos por adelantado?
Si es así, ¿quién hace esto por usted?
¿Deja de tomar medicamentos si le hace sentir peor?
¿Alguna vez cortó o dejó de tomar su medicina sin avisar a su médico? doctor?
¿Olvidaste rellenar tus medicamentos?
¿Se le olvida recoger sus medicamentos?

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. I will not hold my doctor or any members of his / her staff responsible for any errors that I may have made in the completion of this form. Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi médico oa ningún miembro de su personal por los errores que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Signature / Firma \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_



NORTH TEXAS KIDNEY  
DISEASE ASSOCIATES

**PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK**

**PÁGINA INTENCIONALMENTE DEJADA EN BLANCO**



**CONSENT FOR TREATMENT**

I, knowing that I am suffering from a condition requiring diagnostic, medical or surgical treatment, do hereby voluntarily consent to such procedures and care and to such medical, surgical (labs, injections) or other services under the general and specific instructions of the physicians of North Texas Kidney Disease Associates, and their assistants or designee as is necessary in their judgment. North Texas Kidney Disease Associates has on staff at select locations an advance practice nurse to assist in the delivery of nephrology care. An advance practice nurse is NOT a doctor. An advance practice nurse is a registered nurse who has received advanced education and training in the provision of health care. An advance practice nurse can diagnose, treat and monitor common acute and chronic diseases, as well as, provide health maintenance care. I understand that at any time I can refuse to see the advance practice nurse and request to see a physician.

I also acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made to me as to the results of the treatments or examination by the physicians of North Texas Kidney Disease Associates.

**Financial Interest Disclosure**

North Texas Kidney Disease Associates physicians, staff and/or their immediate family members may hold ownership or investment interest in the healthcare facilities at which they practice or to which they refer patients for medical diagnosis and treatment. If you have any questions about your treatment options at any healthcare facilities, please feel free to discuss this with your physician in your effort to make an informed decision.

I have read the above and hereby consent to the services of North Texas Kidney Disease Associates.

\_\_\_\_\_  
PATIENT SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
WITNESS SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, sabiendo que estoy sufriendo de una condición que requiere tratamiento diagnóstico, médico o quirúrgico, por la presente consiento voluntariamente a tales procedimientos y cuidado ya tales servicios médicos, quirúrgicos (labs, inyecciones) u otros servicios bajo las instrucciones generales y específicas de los médicos De North Texas Kidney Disease Associates, y sus asistentes o designado según sea necesario en su juicio. North Texas Kidney Disease Associates tiene en el personal de algunos lugares una enfermera de práctica avanzada para ayudar en la prestación de atención de nefrología. Una enfermera de práctica avanzada NO es un médico. Una enfermera de prácticas avanzadas es una enfermera registrada que ha recibido educación avanzada y capacitación en la provisión de atención médica. Una enfermera de práctica avanzada puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades comunes agudas y crónicas, así como proporcionar atención de mantenimiento de salud. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver a la enfermera de práctica avanzada y pedirle a un.

También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o el examen por los médicos de North Texas Kidney Disease Associates.

### Divulgación de Interés Financiero

Enfermedad renal del norte de Texas Los médicos, el personal y / o los miembros de su familia inmediata pueden tener interés de propiedad o inversión en los centros de salud en los que practican o a los que remiten a los pacientes para el diagnóstico y tratamiento médicos. Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de tratamiento en cualquier centro de salud, por favor no dude en hablar con su médico en su esfuerzo por tomar una decisión informada.

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento a los servicios de North Texas Kidney Disease Associates.

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA

---

WITNESS / TESTIGO

---

DATE / FECHA





**Authorization to Release Medical Records**

Name of Patient \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
Social Security Number \_\_\_\_\_

I, the undersigned, authorize the release of, or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above name patient.

**PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR:**

- Continuity of Medical Care                       Military / Social Security/Disability  
 Insurance

**INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:**

- History & Physical                       Consultation Report                       Emergency Room Record  
 Operative Reports                       Discharge Summary                       Face Sheet  
 Lab/Pathology Reports                       Radiology Reports/ Images                       Medication List  
 Demographics / Insurance Information                       Other: \_\_\_\_\_

**The above information may be released to the corporate office of:**

**NORTH TEXAS KIDNEY DISEASE ASSOCIATES**  
**1600 WATERS RIDGE DRIVE, SUITE A**  
**LEWISVILLE, TEXAS 75057**  
**PHONE: \_\_\_\_\_**  
**FAX: \_\_\_\_\_**

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 re-disclosure by the recipient and no longer protected. I understand that the specified information to be released may include but is not limited to history, diagnoses, and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable disease, including HIV and AIDS.

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.

The authorization will expire one (1) year from the date of my signature, unless I revoke the authorization prior to that time.

Date: \_\_\_\_\_ Patient or Legally Authorized Representative Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



### Autorización para Expedir Expedientes Médicos

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de seguridad social \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo la liberación de, o solicito acceso a la información especificada abajo del expediente médico del paciente de nombre anterior.

#### LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:

- Continuidad de Atención Médica       Seguridad Militar / Social / Discapacidad  
 Seguros

#### INFORMACIÓN QUE DEBE SER LIBERADA O ACCEDIDA:

- Historia y Física                       Informe de Consulta                       Registro de Sala de Emergencia  
 Informes operativos                       Resumen del alta                       Hoja de resultados  
 Informes de Laboratorio / Patología                       Informes / Imágenes de Radiología  
 Lista de Medicamentos                       Demográficos / Información sobre Seguros  
 Otros: \_\_\_\_\_

#### La información anterior puede ser entregada a la oficina corporativa de:

**NORTH TEXAS KIDNEY DISEASE ASSOCIATES**  
**1600 WATERS RIDGE DRIVE, SUITE A**  
**LEWISVILLE, TEXAS 75057**  
**PHONE:** \_\_\_\_\_  
**FAX:** \_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden revelarse sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el receptor y ya no está protegida. Entiendo que la información especificada para ser liberada puede incluir pero no está limitada a historia, diagnósticos y / o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluyendo VIH y SIDA.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en dependencia de la autorización.

La autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de mi firma, a menos que revogue la autorización antes de ese tiempo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Representante Autorizado o Autorizado Legalmente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



**PATIENT CONTACT QUESTIONNAIRE**

I. Please list the family members or other persons, if any, whom we may inform about your general medical condition and your diagnosis:

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

II. Please list the family members or other persons, if any, whom we may inform about your medical condition **ONLY IN AN EMERGENCY**:

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

III. Please print the address of where you would like your billing statements and/or correspondence from our office to be sent, **if other than your home**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. Please give the telephone number, if any where you want to receive calls about your appointments, lab and x-ray results, or other health care information, **if other than your home phone number**: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

V. Can confidential messages be left on your home answering machine or voicemail?  Yes  No

VI. If you do not have voicemail, can a confidential message be left at your place of employment?  Yes  No

VII. Does your mail need to be marked confidential?  Yes  No

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Date

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



## CUESTIONARIO DE CONTACTO PARA PACIENTES

I. Por favor indique los miembros de la familia u otras personas, si las hay, a quienes podemos informar sobre su condición médica general y su diagnóstico:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

II. Por favor indique los miembros de la familia u otras personas, si las hay, a quienes podemos informar sobre su condición médica SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

III. Por favor imprima la dirección de donde usted quisiera que sus declaraciones de facturación y / o correspondencia de nuestra oficina sean enviadas, si no es su casa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. Por favor, indique el número de teléfono, si lo desea, donde desee recibir llamadas sobre sus citas, resultados de laboratorio y de rayos X, u otra información de atención médica, si no es el número de teléfono de su casa:

\_\_\_\_\_

V. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en su contestador automático o en su correo de voz?  Sí  No

VI. Si no tiene correo de voz, ¿puede dejar un mensaje confidencial en su lugar de trabajo?  Sí  No

VII. ¿Su correo debe ser marcado como confidencial?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Witness / Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## 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 REVIEW IT CAREFULLY.**

If you have any questions about this Notice, please contact:

Rose Brandt, RN, Privacy Officer, at 940-320-1708.

### **WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE?**

1. North Texas Kidney Disease Associates providers; and
2. All North Texas Kidney Disease Associates employees.

We understand that medical information about you and your health is personal and are committed to protecting this information. When you receive care at North Texas Kidney Disease Associates, a record of the care and services you receive is made. Typically, this record contains your treatment plan, history and physical, test results, and billing record. This record serves as a:

1. Basis for planning your treatment and services;
2. Means of communication among the physicians and other health care providers involved in your care;
3. Means by which you or a third-party payor can verify that services billed were provided;
4. Source of information for public health officials; and
5. Tool for assessing and continually working to improve the care rendered.

This Notice tells you the ways we may use and disclose your Protected Health Information (referred to herein as “medical information”). It also describes your rights and our obligations regarding the use and disclosure of medical information.

### **OUR RESPONSIBILITIES**

North Texas Kidney Disease Associates shall:

1. Make every effort to maintain the privacy of your medical information;
2. Provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you;
3. Abide by the terms of this notice;
4. Notify you if we are unable to agree to a requested restriction; and
5. Accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations.

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con:

**Rose Brandt, RN, Privacy Officer, at 940-320-1708.**

### **¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTA NOTIFICACIÓN?**

1. Proveedores de Asociaciones de Enfermedades Renales del Norte de Texas; y
2. Todos los empleados de North Texas Kidney Disease Associates.

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal y están comprometidos a proteger esta información. Cuando recibe atención en los Asociados de North Texas Kidney Disease, se realiza un registro de la atención y los servicios que recibe. Normalmente, este registro contiene su plan de tratamiento, historial y físico, resultados de pruebas y registro de facturación. Este registro sirve como:

1. Bases para la planificación de su tratamiento y servicios;
2. Medios de comunicación entre los médicos y otros proveedores de atención médica que participan en su atención;
3. Medios por los cuales usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados;
4. Fuente de información para los funcionarios de salud pública; y
5. Herramienta para evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención prestada.

Este Aviso le informa las formas en que podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida (referida aquí como "información médica"). También describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de información médica.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

North Texas Kidney Disease Associates deberá:

1. Haga todo lo posible por mantener la privacidad de su información médica;
2. Proporcionarle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted;
3. Cumplir con los términos de este aviso;
4. Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada; y
5. Acomodar solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares



6. Notify you, and the Department of Health & Human Services, of any unauthorized acquisition, access, use or disclosure of your unsecured medical information that presents a significant risk of financial, reputational or other harm to you, to the extent required by law. Unsecured medical information means medical information not secured by technology that renders the information unusable, unreadable, or indecipherable as required by law.

#### **THE METHODS IN WHICH WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

The following categories describe different ways we may use and disclose your medical information. The examples provided serve only as guidance and do not include every possible use or disclosure.

1. **For Treatment.** We will use and disclose your medical information to provide, coordinate, or manage your health care and any related service. For example, we may share your information with your primary care physician or other specialists to whom you are referred for follow-up care.
2. **For Payment.** We will use and disclose medical information about you so that the treatment and services you receive may be billed and payment may be collected from you, an insurance company, or a third party. For example, we may need to disclose your medical information to a health plan in order for the health plan to pay for the services rendered to you.
3. **For Health Care Operations.** We may use and disclose medical information about you for office operations. These uses and disclosures are necessary to run North Texas Kidney Disease Associates in an efficient manner and provide that all patients receive quality care. For example, your medical records and health information may be used in the evaluation of services, and the appropriateness and quality of health care treatment. In addition, medical records are audited for timely documentation and correct billing.
4. **Appointment Reminders.** We may use and disclose medical information in order to remind you of an appointment. For example, North Texas Kidney Disease Associates may provide a written or telephone reminder that your next appointment with North Texas Kidney Disease Associates is coming up.
5. **Research.** Under certain circumstances, we may use and disclose medical information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the surgical outcome of all patients for whom one type of procedure is used to those for whom another procedure is used for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. Prior to using or disclosing any medical information, the project must be approved through this research approval process. We will ask for your specific authorization if the researcher will have access to your name, address, or other information that reveals who you are, or will be involved in your care.
6. **As Required by Law.** We will disclose medical information about you when required to do so by federal or Texas laws or regulations.
7. **To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose medical information about you to medical or law enforcement personnel when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another person.
8. **Sale of Practice.** We may use and disclose medical information about you to another health care facility or group of physicians in the sale, transfer, merger, or consolidation of our practice.

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



6. Notificarle al Departamento de Salud y Servicios Humanos de cualquier adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizados de su información médica no segura que presente un riesgo significativo de daño financiero, reputacional o de otro tipo a usted, en la medida requerida por la ley. La información médica no segura significa información médica no asegurada por la tecnología que hace que la información sea inutilizable, ilegible o indescifrable según lo requiera la ley.

## **LOS MÉTODOS EN LOS QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. Los ejemplos proporcionados sirven solamente como guía y no incluyen todos los posibles usos o revelaciones.

### **1. Para el tratamiento.**

Utilizaremos y revelaremos su información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo, podemos compartir su información con su médico de atención primaria u otros especialistas a quienes se le remitió para recibir atención de seguimiento.

### **2. Para Pago.**

Utilizaremos y divulgaremos información médica sobre usted para que se pueda facturar el tratamiento y los servicios que reciba y el pago puede ser cobrado de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que divulgar su información médica a un plan de salud para que el plan de salud pague por los servicios que se le prestan.

### **3. Para operaciones de atención médica.**

Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para las operaciones de la oficina. Estos usos y revelaciones son necesarios para administrar North Texas Kidney Disease Associates de manera eficiente y proveer que todos los pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, sus registros médicos e información de salud pueden ser usados en la evaluación de servicios, y la adecuación y calidad del tratamiento de atención médica. Además, los registros médicos son auditados para documentación oportuna y facturación correcta.

### **4. Recordatorios de citas.**

Podemos usar y divulgar información médica para recordarle una cita. Por ejemplo, North Texas Kidney Disease Associates puede proporcionarle un recordatorio por escrito o por teléfono de que su próxima cita con North Texas Kidney Disease Associates está por venir.

### **5. Investigación.**

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información médica acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación del resultado quirúrgico de todos los pacientes para los que se utiliza un tipo de procedimiento para aquellos para los que se utiliza otro procedimiento para la misma afección. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Antes de usar o revelar cualquier información médica, el proyecto debe ser aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Le pediremos su autorización específica si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o que estará involucrado en su cuidado.

### **6. Según lo requerido por la ley.**

Divulgaremos información médica acerca de usted cuando sea requerido por leyes o regulaciones federales o de Texas.

### **7. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.**

Podemos usar y revelar información médica sobre usted al personal médico o de la ley cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otra persona.

### **8. Venta de Práctica.**

Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted a otra institución de salud o grupo de médicos en la venta,





## **SPECIAL SITUATIONS**

1. **Organ and Tissue Donation.** If you have formally indicated your desire to be an organ donor, we may release medical information to organizations that handle procurement of organ, eye, or tissue transplantations.
2. **Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may release medical information about you as required by military command authorities.
3. **Workers' Compensation.** We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
4. **Qualified Personnel.** We may disclose medical information for management audit, financial audit, or program evaluation, but the personnel may not directly or indirectly identify you in any report of the audit or evaluation, or otherwise disclose your identity in any manner.
5. **Public Health Risks.** We may disclose medical information about you for public health activities. These activities generally include the following activities:
  - a. To prevent or control disease, injury, or disability;
  - b. To report reactions to medications or problems with products;
  - c. To notify people of recalls of products they may be using;
  - d. To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and
  - e. To notify the appropriate government authority if we believe you have been the victim of abuse, neglect, or domestic violence.
  - f. All such disclosures will be made in accordance with the requirements of Texas and federal laws and regulations.
6. **Health Oversight Activities.** We may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. Health oversight agencies include public and private agencies authorized by law to oversee the health care system. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, eligibility or compliance, and to enforce health-related civil rights and criminal laws.
7. **Lawsuits and Disputes.** If you are involved in certain lawsuits or administrative disputes, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order.
8. **Law Enforcement.** We may release medical information if asked to do so by a law enforcement official:
  - a. In response to a court order or subpoena; or
  - b. If North Texas Kidney Disease Associates determines there is a probability of imminent physical injury to you or another person, or immediate mental or emotional injury to you.

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA

## **SITUACIONES ESPECIALES**

### **1. Donación de órganos y tejidos.**

Si ha indicado formalmente su deseo de ser un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la adquisición de trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

### **2. Militares y Veteranos.**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica acerca de usted según lo requieran las autoridades del mando militar.

### **3. Compensación a los Trabajadores.**

Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **4. Personal cualificado.**

Podemos divulgar información médica para auditoría de gestión, auditoría financiera o evaluación de programas, pero el personal no puede identificarlo de forma directa o indirecta en ningún informe de la auditoría o evaluación, ni revelar su identidad de ninguna manera.

### **5. Riesgos para la salud pública.**

Podemos revelar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen las siguientes actividades:

- a. Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- b. Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- c. Notificar a las personas de los retiros de productos que puedan estar usando;
- d. Para notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y
- e. Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- f. Todas estas revelaciones se harán de acuerdo con los requisitos de Texas y las leyes y reglamentos federales.

### **6. Actividades de supervisión de la salud.**

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las agencias de supervisión de la salud incluyen agencias públicas y privadas autorizadas por la ley para supervisar el sistema de atención médica. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas gubernamentales, la elegibilidad o el cumplimiento, y para hacer cumplir los derechos civiles relacionados con la salud y las leyes penales.

### **7. Demandas y Disputas.**

Si usted está involucrado en ciertos pleitos o disputas administrativas, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa.

### **8. Aplicación de la ley.**

Podemos divulgar información médica si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley nos solicita:

- a. En respuesta a una orden judicial o citación; o
- b. Si los Asociados de la Enfermedad Renal del Norte de Texas determinan que hay una probabilidad de daño físico inminente a usted u otra persona, o lesión mental o emocional inmediata a usted.



9. **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may release medical information to a coroner or medical examiner when authorized by law (e.g., to identify a deceased person or determine the cause of death). We may also release medical information about patients to funeral directors.
10. **Inmates.** If you are an inmate of a correctional facility, we may release medical information about you to the correctional facility for the facility to provide you treatment.
11. **Electronic Disclosure.** Texas law requires that we provide you with notice that your PHI is subject to electronic disclosure. Please note that we may use and disclose your medical information electronically. For example, your medical information is maintained on an electronic health record. If another provider providing your treatment requests a copy of your medical record, we may forward such record electronically.
12. **Marketing.** Marketing *generally* includes a communication made to describe a health-related product or service that may encourage you to purchase or use the product or service. For example, marketing includes communications to you about new state-of-the-art equipment if the equipment manufacturer pays us to send the communication to you. We will obtain your written authorization to use and disclose PHI for marketing purposes unless the communication is made face-to-face, involves a promotional gift of nominal value, or otherwise permitted by law.

*All other uses and disclosures of your information for marketing purposes requires your written authorization.*

13. **Sale of your Medical Information.** North Texas Kidney Disease Associates will not sell your medical information for marketing purposes. However, there are instances in which North Texas Kidney Disease Associates may disclose PHI in exchange for remuneration to another covered entity for treatment, payment, or certain health care operations. For example, should North Texas Kidney Disease Associates merge or the practice is sold to another physician group, your medical record may be part of the asset transfer.

*Any other sale of Protected Health Information requires your written authorization.*

14. **Other Uses or Disclosures.** Any other use or disclosure of PHI will be made only upon your individual written authorization. You may revoke an authorization at any time provided that it is in writing and we have not already relied on the authorization.

## **YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION**

You have the following rights regarding medical information collected and maintained about you:

1. **Right to Inspect and Copy.** The right to inspect and copy medical information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records.  
To inspect and copy medical information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to the Privacy Officer for North Texas Kidney Disease Associates. If you request a copy of the information, North Texas Kidney Disease Associates may charge a fee established by the Texas Medical Board for the costs of copying, mailing, or summarizing your records.

North Texas Kidney Disease Associates may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by North Texas Kidney Disease Associates will review your request and denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. North Texas Kidney Disease Associates will comply with the outcome of the review.

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA

**9. Coroners, Examinadores Médicos y Directores Funerarios.**

Podemos divulgar información médica a un forense o examinador médico cuando lo autorice la ley (por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte). También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias.

**10. Presos.**

Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar información médica sobre usted al centro correccional para que la institución le proporcione tratamiento.

**11. Divulgación electrónica.**

La ley de Texas requiere que le notifiquemos que su PHI está sujeta a revelación electrónica. Tenga en cuenta que podemos usar y divulgar su información médica de forma electrónica. Por ejemplo, su información médica se mantiene en un registro de salud electrónico. Si otro proveedor que provee su tratamiento solicita una copia de su historial médico, podemos enviar dicho registro electrónicamente.

**12. Comercialización.**

El marketing generalmente incluye una comunicación hecha para describir un producto o servicio relacionado con la salud que puede estimularle a comprar o usar el producto o servicio. Por ejemplo, la mercadotecnia incluye comunicaciones sobre nuevos equipos de última generación si el fabricante del equipo nos paga para enviarle la comunicación. Obtendremos su autorización por escrito para usar y divulgar su PHI con fines de mercadeo a menos que la comunicación se haga cara a cara, involucre un regalo promocional de valor nominal, o permitido por la ley.

*Todos los demás usos y divulgaciones de su información con fines de mercadeo requieren su autorización por escrito.*

**13. Venta de su Información Médica.**

North Texas Kidney Disease Associates no venderá su información médica con fines comerciales. Sin embargo, existen casos en los que los Asociados de North Texas Kidney Disease pueden revelar PHI a cambio de una remuneración a otra entidad cubierta por tratamiento, pago o ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, si North Texas Kidney Disease Associates se fusiona o la práctica se vende a otro grupo de médicos, su expediente médico puede ser parte de la transferencia de activos.

*Cualquier otra venta de Información Médica Protegida requiere su autorización por escrito.*

**14. Otros Usos o Revelaciones.**

Cualquier otro uso o divulgación de PHI se hará solamente con su autorización escrita individual. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, siempre y cuando sea por escrito y ya no hemos confiado en la autorización.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica recopilada y mantenida sobre usted:

- 1. Derecho a inspeccionar y copiar.** El derecho de inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su cuidado. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación.

Para inspeccionar y copiar la información médica que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de North Texas Kidney Disease Associates. Si solicita una copia de la información, North Texas Kidney Disease Associates puede cobrar una tarifa establecida por la Junta Médica de Texas por los costos de copiar, enviar por correo o resumir sus registros.

North Texas Kidney Disease Associates puede negar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que la negación sea revisada. Otro profesional de la salud con licencia elegido por North Texas Kidney Disease Associates revisará su solicitud y negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. North Texas Kidney Disease Associates cumplirá con el resultado de la revisión.



2. **Right to Amend.** If you feel that medical information maintained about you is incorrect or incomplete, you may ask North Texas Kidney Disease Associates to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by North Texas Kidney Disease Associates.

To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to North Texas Kidney Disease Associates. In addition, you must provide a reason that supports your request.

North Texas Kidney Disease Associates may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, North Texas Kidney Disease Associates may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by North Texas Kidney Disease Associates, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the medical information kept by North Texas Kidney Disease Associates;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or Is accurate and complete.

3. **Right to an Accounting of Disclosures.** To request an “accounting of disclosures.” This is a list of the disclosures made of your medical information for purposes other than treatment, payment, or health care operations.

To request this list, you must submit your request in writing to Rose Brandt, RN, Privacy Officer. Your request must state a period of time, which may not be longer than six (6) years. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper or electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists within the 12-month period, you may be charged for the cost of providing the list. North Texas Kidney Disease Associates will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

4. **Right to Request Restrictions.** To request a restriction or limitation on the medical information North Texas Kidney Disease Associates uses or discloses about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the medical information North Texas Kidney Disease Associates discloses about you to someone who is involved in your care or the payment for your care.

North Texas Kidney Disease Associates is not required to agree to your request, unless the request pertains solely to a healthcare item or service for which North Texas Kidney Disease Associates has been paid out of pocket in full. Should North Texas Kidney Disease Associates agree to your request, North Texas Kidney Disease Associates will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing to North Texas Kidney Disease Associates. In your request, you may indicate: (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit North Texas Kidney Disease Associates use and/or disclosure; and (3) to whom you want the limits to apply.

5. **Right to Request Confidential Communications.** To request that North Texas Kidney Disease Associates communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that North Texas Kidney Disease Associates contact you only at work or by mail.

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



- 2. Derecho a enmendar.** Si usted siente que la información médica mantenida acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede pedir a North Texas Kidney Disease Associates que enmiende la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por North Texas Kidney Disease Associates.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a North Texas Kidney Disease Associates. Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud.

North Texas Kidney Disease Associates puede negar su solicitud de una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, North Texas Kidney Disease Associates puede denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

No fue creado por North Texas Kidney Disease Associates, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;

No es parte de la información médica mantenida por North Texas Kidney Disease Associates;

No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; O

- 3. Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.** Para solicitar una "contabilidad de revelaciones". Esta es una lista de las revelaciones hechas de su información médica para propósitos diferentes al tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud.

Para solicitar esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a **Rose Brandt, RN, Privacy Officer**. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis (6) años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales dentro del período de 12 meses, se le puede cobrar el costo de proporcionar la lista. North Texas Kidney Disease Associates le notificará el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

- 4. Derecho a Solicitar Restricciones.** Para solicitar una restricción o limitación en la información médica que North Texas Kidney Disease Associates utiliza o divulga sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que North Texas Kidney Disease Associates revela sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado.

North Texas Kidney Disease Associates no está obligado a aceptar su solicitud, a menos que la solicitud se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica para el cual North Texas Kidney Disease Associates haya sido pagado por su bolsillo en su totalidad. Si North Texas Kidney Disease Associates está de acuerdo con su solicitud, North Texas Kidney Disease Associates cumplirá con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a North Texas Kidney Disease Associates. En su solicitud, puede indicar: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso y / o divulgación del uso y / o divulgación de North Texas Kidney Disease Associates; Y (3) a quien desea que se apliquen los límites.

- 5. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Solicitar que North Texas Kidney Disease Associates se comunique con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que los Asociados de North Texas Kidney Disease se comuniquen con usted solo en el trabajo o por correo



To request that North Texas Kidney Disease Associates communicate in a certain manner, you must make your request in writing to the Privacy Officer. You do not have to state a reason for your request. North Texas Kidney Disease Associates will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

6. **Right to Revoke an Authorization.** There are certain types of uses or disclosures that require your express authorization. For example, North Texas Kidney Disease Associates may not sell your information to a third party for marketing purposes without first obtaining your authorization. If you provide authorization for a use or disclosure of your medical information, you may revoke such authorization in writing by contacting Rose Brandt at

North Texas Kidney Disease Associates  
1600 Waters Ridge Drive, Suite A Lewisville, Texas 75057

We will honor your revocation except to the extent that we have already acted in reliance of the specific authorization.

**Right to Receive a Copy of this Document.** You have a right to obtain a paper copy of this document upon request.

#### **CHANGES TO THIS NOTICE**

We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all PHI we maintain. Should our information practices change, we will post the amended Notice of Privacy Practices in our office and on our website. You may request that a copy be provided to you by contacting the Privacy Officer.

#### **COMPLAINTS**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with North Texas Kidney Disease Associates or with the Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with North Texas Kidney Disease Associates, contact the Privacy Officer at 972-2190588. Your complaint must be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act occurred. The address for the Office of Civil Rights is:

*Secretary of Health & Human Services  
Region VI, Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
1301 Young Street, Suite 1169 Dallas, TX 75202*

All complaints should be submitted in writing. **You will NOT be penalized for filing a complaint.**

#### **ACKNOWLEDGEMENT**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Please print)

I acknowledge that North Texas Kidney Disease Associates provided me with a written copy of his/her Notice of Privacy Practices.

I also acknowledge that I have been afforded the opportunity to read the Notice of Privacy Practices and ask questions.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

VERSIÓN ESPAÑOLA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA



Para solicitar que North Texas Kidney Disease Associates se comunique de cierta manera, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. No tiene que indicar una razón para su solicitud. North Texas Kidney Disease Associates atenderá todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

6. **Derecho a Revocar una Autorización.** Existen ciertos tipos de usos o divulgaciones que requieren su autorización expresa. Por ejemplo, North Texas Kidney Disease Associates no puede vender su información a un tercero con fines de marketing sin antes obtener su autorización. Si usted proporciona autorización para un uso o divulgación de su información médica, puede revocar dicha autorización por escrito contactando a **Rose Brandt** al

North Texas Kidney Disease Associates  
1600 Waters Ridge Drive, Suite A Lewisville, Texas 75057

Vamos a honrar su revocación, excepto en la medida en que ya hemos actuado en la dependencia de la autorización específica.

**Derecho a recibir una copia de este documento.** Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para todos los PHI que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos el aviso de prácticas de privacidad en nuestra oficina y en nuestro sitio web. Usted puede solicitar que se le proporcione una copia comunicándose con el Oficial

#### **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con Asociados de Enfermedad Renal de Texas del Norte o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja con Asociados de Enfermedad Renal de Texas del Norte, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 972-2190588. Su queja debe ser presentada dentro de los 180 días de haber sabido o haber sabido que el hecho ocurrió. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles es:

Secretary of Health & Human Services  
Region VI, Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
1301 Young Street, Suite 1169 Dallas, TX 75202

Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

#### **RECONOCIMIENTO**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Por favor imprimir)

Reconozco que North Texas Kidney Disease Associates me proporcionó una copia escrita de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

También reconozco que me han dado la oportunidad de leer la Notificación de Prácticas de Privacidad y hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





## CONSENT FOR TREATMENT FOR TELEMEDICINE

I, knowing that I am suffering from a condition requiring diagnostic, medical or surgical treatment, do hereby voluntarily consent to such procedures and care and to such medical, surgical (labs, injections) or other services under the general and specific instructions of the physicians of North Texas Kidney Disease Associates, and their assistants or designee as is necessary in their judgment. North Texas Kidney Disease Associates has on staff at select locations an advance practice nurse to assist in the delivery of nephrology care. An advance practice nurse is NOT a doctor. An advance practice nurse is a registered nurse who has received advanced education and training in the provision of health care. An advance practice nurse can diagnose, treat and monitor common acute and chronic diseases, as well as, provide health maintenance care. I understand that at any time I can refuse to see the advance practice nurse and request to see a physician.

I also acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made to me as to the results of the treatments or examination by the physicians of North Texas Kidney Disease Associates.

Telemedicine services involve the use of secure interactive videoconferencing equipment and devices that enable health care providers to deliver health care services to patients when located at different sites.

1. I understand that the same standard of care applies to a telemedicine visit as applies to an in-person visit.
2. I understand that I will not be physically in the same room as my health care provider. I will be notified of and my consent obtained for anyone other than my healthcare provider present in the room.
3. I understand that there are potential risks to using technology, including service interruptions, interception, and technical difficulties.
  - a. If it is determined that the videoconferencing equipment and/or connection is not adequate, I understand that my health care provider or I may discontinue the telemedicine visit and make other arrangements to continue the visit.
4. I understand that I have the right to refuse to participate or decide to stop participating in a telemedicine visit, and that my refusal will be documented in my medical record. I also understand that my refusal will not affect my right to future care or treatment.
  - a. I may revoke my right at any time by contacting North Texas Kidney Disease Associates at (972) 219-0558.
5. I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of health care information apply to telemedicine services.
6. I understand that my health care information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes.
  - a. I understand that my insurance carrier will have access to my medical records for quality review/audit.



- b. I understand that I will be responsible for any out-of-pocket costs such as copayments or coinsurances that apply to my telemedicine visit.
  - c. I understand that health plan payment policies for telemedicine visits may be different from policies for in-person visits.
7. I understand that this document will become a part of my medical record.

By signing this form, I attest that I (1) have personally read this form (or had it explained to me) and fully understand and agree to its contents; (2) have had my questions answered to my satisfaction, and the risks, benefits, and alternatives to telemedicine visits shared with me in a language I understand; and (3) am located in the state of Texas and will be in Texas during my telemedicine visit(s).

---

PATIENT SIGNATURE

---

DATE

---

WITNESS