



Estimado/a _____,

En nombre de todos nuestros proveedores y miembros del personal, queremos darle la bienvenida a North Texas Kidney Disease Associates y agradecerle por confiar en nosotros para su atención. Transitar el camino de la salud renal puede ser abrumador, pero nuestro equipo está aquí para brindarle ayuda en cada paso de su atención médica.

En North Texas Kidney Disease Associates, adoptamos un enfoque holístico para abordar su salud renal. Nuestro objetivo es ayudar a que entienda mejor su pronóstico, trabajar juntos para abordar de manera proactiva el curso de su enfermedad y ofrecerle soluciones personalizadas que se adapten a sus necesidades y estilo de vida.

Se ha programado una cita para usted para el día _____. Su primera cita es una oportunidad para reunirse con su proveedor de atención médica y compartir sus antecedentes médicos, así como para permitirnos conocer más sobre usted. Durante esta consulta, usted y su proveedor trabajarán juntos para desarrollar un plan personalizado a fin de abordar sus necesidades de salud y bienestar, y para determinar la fecha y hora de las consultas de seguimiento.

Antes de la cita:

Para prepararse para la primera cita, le pedimos que complete los formularios adjuntos y traiga copias a su próxima cita, junto con sus tarjetas del seguro y una identificación con foto actual. Es importante que también traiga una lista de sus medicamentos actuales o los propios medicamentos.

Con su permiso, le pediremos su información médica al médico que realizó la derivación. Comuníquese con el consultorio de su médico para que nos la proporcione.

El día de la cita:

Llegue al consultorio 30 minutos antes del horario de la primera consulta para que podamos asegurarnos de que toda la información pertinente que figura en nuestro sistema esté actualizada. También es posible que deba facilitarnos una muestra de orina al llegar al consultorio.

Nuestra política consiste en cobrar los copagos y los coseguros en el momento del servicio. Si no puede realizar el pago en el momento del servicio, comuníquese con nuestro consultorio antes de la cita para coordinar las cuestiones financieras. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, Mastercard y American Express.

Gracias por permitirnos participar en su atención. Esperamos reunirnos con usted pronto. Si tiene preguntas o necesita instrucciones para llegar a nuestro consultorio, comuníquese directamente con nosotros o visite nuestro sitio web.

Atentamente,

North Texas Kidney Disease Associates

Registro de Paciente
Imprima, complete completamente y realice las correcciones
necesarias.
USE TINTA NEGRA o AZU

**INFORMACIÓN DE PACIENTE -- FAVOR DE ESCRIBIR
CLARAMENTE**

Información de Contacto de Emergencia

Apellido:	Nombre:
Primer Nombre:	Relación al Paciente:
Segundo Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Teléfono Móvil: () _____ - _____
Estado:	
Ciudad:	
Código Postal:	
Teléfono de Casa:	
Teléfono de Trabajo:	
Teléfono Móvil:	Intersección (de calles):
Sexo:	
Nombre de Empresa:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Email de Paciente:	Referido por:
Requisito gubernamental [puede rechazar entregar esta información]:	
● Idioma:	Médico de Atención Primaria:
● Raza:	
● Etnicidad:	Preferencia de Ser Contactado: Teléfono de Casa / Teléfono de Trabajo / Teléfono Móvil / Portal / Email
Estado Civil:	Detalle de Preferencia de Ser Contactado: _____

Información de Garante (quien recibe extractos de cuenta)

Nombre:	
Dirección:	
Relación al paciente:	_____
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Teléfono: () _____ - _____	

Información de Seguro Médico Primario

Nombre del Plan de Seguro:

Apellido de Asegurado:

Primer Nombre de Asegurado:

Segundo Nombre de Asegurado:

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo (please circle): **M or F**

Nombre de Empresa:

Relación de Paciente al Asegurado:

Información de Seguro Médico Secundario

Nombre del Plan de Seguro:

Apellido de Asegurado:

Primer Nombre de Asegurado:

Segundo Nombre de Asegurado:

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo (please circle): **M or F**

Nombre de Empresa:

Relación de Paciente al Asegurado:

Afirmo que la información anterior es completa y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Dirección del tratamiento (ejemplo: 1 por día, 2 cada 6 horas)

¿Ha tomado recientemente algún antiinflamatorio o medicamento de venta libre, como Advil, Motrin, Aleve, Celebrex, Vioxx, ibuprofeno, Naprosyn, Bextra, etc.?

En caso afirmativo, enumere los medicamentos:

Medicamentos antiinflamatorios

Medicamentos de venta libre

Alergias a medicamentos:

Historia medica

¿Usted ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Circule todas las que aplíquen.

Anemia	Si	No	Hiperlipidemia	Si	No
Artritis	Si	No	Hiperparatiroidismo	Si	No
Asma/COPD	Si	No	Hipertensión	Si	No
AFIB	Si	No	Quiste Renal	Si	No
Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)	Si	No	Insuficiencia Renal	Si	No
Cáncer	Si	No	Cálculos Renales	Si	No
Cáncer en los Últimos 5 Años	Si	No	Lupus	Si	No
Enfermedad Arterial Coronaria	Si	No	Enfermedad Renal Poliquística	Si	No
Diabetes Tipo I	Si	No	Proteína in la Orina - Proteinuria	Si	No
Diabetes Tipo 2	Si	No	Infección del tracto urinario	Si	No
Sangre en la Orina - Hematuria	Si	No	Embolia cerebral	Si	No
Hepatitis A	Si	No	Enfermedad de la Tiroides	Si	No
Hepatitis B	Si	No	Transplante	Si	No
Hepatitis C	Si	No	Deficiencia de la vitamina D	Si	No

Otras enfermedades:

Hospitalizaciones y cirugías previas (Favor de incluir las fechas):

Historia Médica Familiar

¿Ha tenido alguien de su familia las siguientes enfermedades?:

Enfermedad de los riñones	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Proteína en la orina	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Sangre en la orina	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Diálisis	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Diabetes Tipo I	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Diabetes Tipo 2	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Alta presión	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
SLE	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Piedras en los riñones	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Enfermedad poliquística del riñón	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Cáncer	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:
Sordera	Si	No	Si es que si, liste al/los miembro(s) de su familia:

Antecedentes sociales actuales (circulo)

Revisión de sistemas

Por favor circule y describa como es que se siente.

Constitucional	Fiebre	Fatiga	Weight gain _____ lbs)	Weight loss _____ lbs)	
Ojos	Ojos secos	Cambios en la vista			
Boca/Garganta	Dolor de garganta	Roncar	Boca seca		
Cardiovascular	Dolor de pecho al hacer un esfuerzo	Falta de aliento cuando camina	Palpitaciones	Soplo cardiaco	Mareo al ponerse de pie
Respiratorio	Tos	Falta de aliento	Tos con sangre	Sibilancias	Apnea del sueño
Gastrointestinal	Dolor abdominal	Vomito	Cambio de apetito	Diarrea frecuente	Nausea
Genitourinario	Urinary loss of control	Difficulty urinating	Increased urinary frequency	Blood in urine	
Musculoesqueletico	Dolor muscular	Dolor en las Articulaciones	Dolor de espalda		
Piel	Ectericia o coloracion amarillenta de la piel	Sarpullido	Picazon		
Psiquiatrico	Depresion	Sueño no reparador			
Endocrino	Aumento de sed	Intolerancia al calor	Intolerancia al frio		
Hematologico/ Limfatico	Inflamacion en los ganglios	Moretones con facilidad	Sangrado excesivo		
Alergias/ Imunologico	Nariz que moquea	Picazon	Urticaria o "roncha"		

Consentimiento para recibir tratamiento

Por el presente, yo, _____, doy mi consentimiento de forma voluntaria para recibir tratamiento con North Texas Kidney Disease Associates. El tratamiento puede incluir, entre otras cosas, tratamiento diagnóstico, médico o quirúrgico, análisis de laboratorio, inyecciones u otros servicios. Los médicos de North Texas Kidney Disease Associates y sus asistentes, enfermeros de práctica avanzada u otras personas que ellos designen llevarán a cabo el tratamiento.

También reconozco que la medicina no es una ciencia exacta y que el tratamiento no garantiza la resolución de la enfermedad.

Consentimiento para recibir servicios por telemedicina

Los servicios de telemedicina incluyen el uso de equipos y dispositivos de videollamadas interactivas y seguras que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención a los pacientes desde una ubicación virtual.

1. Entiendo que para las consultas de telemedicina rigen las mismas normas de atención que para las consultas presenciales.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Para que haya una persona distinta de mi proveedor de atención médica en la habitación, se solicitará mi consentimiento.
3. Entiendo que el uso de esta tecnología puede plantear inconvenientes, como interrupciones del servicio, escuchas y dificultades técnicas. Si se determina que los equipos de videollamadas o la conexión no son adecuadas, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podremos interrumpir la consulta de telemedicina y coordinar algo diferente.
4. Entiendo que tengo derecho a dejar de participar en una consulta de telemedicina y que mi decisión se documentará en mi registro médico. También entiendo que mi decisión no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica rigen sobre los servicios de telemedicina.
 - a. Entiendo que deberé pagar todos los costos de bolsillo que correspondan a la consulta de telemedicina, como copagos o coseguros.
 - b. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las consultas de telemedicina podrían diferir de las políticas para las consultas presenciales.
6. Entiendo que este documento se incluirá en mi registro médico. Al firmar este formulario, confirmo que (1) he leído personalmente este formulario (o me lo han explicado) y entiendo y acepto por completo su contenido; (2) han respondido mis preguntas de manera satisfactoria, y me han explicado los riesgos y los beneficios de las consultas de telemedicina, así como sus alternativas, en un idioma que entiendo; y (3) me encuentro en el estado de Texas y estaré en Texas durante mis consultas de telemedicina.

Consentimiento para recibir tratamiento por parte de enfermeros de práctica avanzada y estudiantes o residentes de medicina

North Texas Kidney Disease Associates cuenta con un enfermero de práctica avanzada en su personal en centros específicos para ayudar a brindar atención nefrológica. Un enfermero de práctica avanzada no es un médico; es un enfermero registrado que ha recibido formación avanzada en la prestación de atención médica. Un enfermero de práctica avanzada puede diagnosticar, tratar y controlar enfermedades agudas y crónicas frecuentes, y brindar atención para el mantenimiento de la salud. Entiendo que puedo negarme a ver al enfermero de práctica avanzada y solicitar la atención de un médico en cualquier momento.

A veces, North Texas Kidney Disease Associates cuenta con estudiantes o residentes de medicina en la clínica, con fines de enseñanza. La atención que brinde un estudiante o residente de medicina contará con la supervisión estrecha de un médico con licencia que trabaje en el consultorio.

He leído lo anterior y, por el presente, doy mi consentimiento para recibir tratamiento. Coloque sus iniciales junto a cada consentimiento y firme.

_____ Consentimiento para recibir tratamiento

_____ Consentimiento para recibir servicios por telemedicina

_____ Consentimiento para recibir tratamiento por parte de un enfermero de práctica avanzada

_____ Consentimiento para recibir tratamiento por parte de estudiantes o residentes de medicina

Firma del/de la paciente _____ Fecha _____

Consentimiento para divulgar información y resultados de pruebas

Yo, _____, doy mi consentimiento y autorizo al personal de North Texas Kidney Disease Associates a transmitir información médica a la siguiente persona.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el/la paciente: _____ Fecha de inicio de la autorización: _____

Doy mi permiso para compartir la siguiente información (marque todas las opciones que correspondan):

- Toda la información
- Información sobre programación o citas
- Resultados de pruebas o análisis de laboratorio, incluidas pruebas genéticas
- Información de facturación y pago
- Trastorno por consumo de sustancias (drogas o alcohol)
- Información médica (síntomas, diagnósticos, medicamentos, planes de atención)
- Información de salud mental o conductual (síntomas, diagnósticos, medicamentos, planes de atención)
- VIH/Sida y otras enfermedades contagiosas (VHB, tuberculosis, etc.)
- Otro (describa): _____

Yo, _____, doy mi consentimiento y autorizo al personal de North Texas Kidney Disease Associates a transmitir información médica a la siguiente persona.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el/la paciente: _____ Fecha de inicio de la autorización: _____

Doy mi permiso para compartir la siguiente información (marque todas las opciones que correspondan):

- Toda la información
- Información sobre programación o citas
- Resultados de pruebas o análisis de laboratorio, incluidas pruebas genéticas
- Información de facturación y pago
- Trastorno por consumo de sustancias (drogas o alcohol)
- Información médica (síntomas, diagnósticos, medicamentos, planes de atención)
- Información de salud mental o conductual (síntomas, diagnósticos, medicamentos, planes de atención)
- VIH/Sida y otras enfermedades contagiosas (VHB, tuberculosis, etc.)
- Otro (describa): _____

Yo, _____, doy mi consentimiento y autorizo al personal de North Texas Kidney Disease Associates a transmitir información médica a la siguiente persona.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el/la paciente: _____ Fecha de inicio de la autorización: _____

Doy mi permiso para compartir la siguiente información (marque todas las opciones que correspondan):

- Toda la información
- Información sobre programación o citas
- Resultados de pruebas o análisis de laboratorio, incluidas pruebas genéticas
- Información de facturación y pago
- Trastorno por consumo de sustancias (drogas o alcohol)
- Información médica (síntomas, diagnósticos, medicamentos, planes de atención)
- Información de salud mental o conductual (síntomas, diagnósticos, medicamentos, planes de atención)
- VIH/Sida y otras enfermedades contagiosas (VHB, tuberculosis, etc.)
- Otro (describa): _____

Consentimiento para divulgar información y resultados de pruebas (continuación)

Doy mi permiso para que North Texas Kidney Disease Associates deje correos de voz o envíe faxes con la siguiente información:

- Citas/Recordatorios
- Órdenes/Resultados de análisis de laboratorio
- Pagos

<u>Sí</u>	<u>NO</u>	<u>Tipo de teléfono</u>	<u>Número</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teléfono de la casa	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celular	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fax	_____

Si la persona o entidad a la que autoriza recibir la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud contemplado por las regulaciones de privacidad federales, la información que se le proporcione podría volver a divulgarse y perder la protección de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y otras regulaciones federales y estatales. Sin embargo, el destinatario podría tener prohibido divulgar información sobre abuso de sustancias en virtud de los requisitos federales de confidencialidad en materia de abuso de sustancias. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito o llamando al (972) 219-0558, a menos que ya se hayan tomado medidas conforme a esta autorización.

Firma del/de la paciente _____ Fecha _____

Política financiera

Le damos la bienvenida a North Texas Kidney Disease Associates Nos dedicamos a brindar atención médica de calidad. Contamos con personal con experiencia que entiende su necesidad de gozar de confidencialidad y compasión. Tenemos la obligación de pedirle que nos proporcione información a nuestro consultorio para presentar solicitudes a su seguro. Asegúrese de habernos dado la tarjeta del seguro correcta, ya que debemos realizar una copia del frente y del dorso. También le pediremos que nos proporcione una identificación con foto para su historia clínica (p. ej., licencia de conducir). Los copagos se deben pagar en el momento en que se presta el servicio. Le pedimos que pague todo saldo que adeude de manera oportuna.

Lea y firme lo siguiente para que podamos presentar solicitudes a su seguro.

Yo, _____ autorizo a North Texas Kidney Disease Associates a proporcionar información sobre mi salud a mi compañía de seguros. Entiendo que mi compañía de seguros puede solicitar registros a mi médico para pagar los reclamos presentados. Doy mi permiso para que North Texas Kidney Disease Associates envíe los registros necesarios para obtener el pago de los reclamos presentados. Cedo todos los beneficios del seguro a North Texas Kidney Disease Associates Entiendo que soy plenamente responsable de todo cargo impago y acepto pagar todo saldo que adeude mi compañía de seguros. Esta autorización permanecerá vigente a partir de hoy hasta que la revoque por escrito.

Firma del/de la paciente _____

Fecha _____

Firma del/de la testigo _____

Fecha _____

Estimación de buena fe

Usted tiene derecho a recibir una "estimación de buena fe" en la que se explique cuánto costará su atención médica. Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a los pacientes que no tienen seguro o que no lo están usando una estimación de la factura de artículos y servicios médicos. También tiene derecho a recibir una estimación del costo total previsto de los artículos o los servicios que no son de emergencia. Esto incluye los costos relacionados, como los de pruebas médicas, medicamentos recetados y equipos, y los honorarios hospitalarios.

Asegúrese de que su proveedor de atención médica le proporcione una estimación de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes del servicio médico. También puede pedirle a su proveedor una estimación de buena fe antes de programar la provisión de un artículo o servicio.

Si recibe una factura que supera la estimación de buena fe en \$400 o más, puede impugnarla. Asegúrese de guardar una copia o una imagen de su estimación de buena fe.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre su derecho a recibir una estimación de buena fe, visite
www.cms.gov/nosurprises o llame al (800) 985-3059.

Firma del/de la paciente _____

Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE RECETAS ELECTRÓNICAS

Las recetas electrónicas les permiten a los proveedores enviar una receta precisa, sin errores y fácil de entender desde su consultorio a la farmacia en formato electrónico. Este programa incluye lo siguiente:

Transacciones de historial de medicamentos: le brindan al proveedor de atención médica información sobre sus medicamentos recetados actuales y previos. Esto les permite a sus proveedores estar mejor informados sobre posibles problemas con medicamentos y usar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden señalar el cumplimiento de los regímenes indicados, intervenciones terapéuticas, reacciones alérgicas a medicamentos e interacciones medicamentosas, reacciones adversas a medicamentos y tratamientos duplicados.

La información del historial de medicamentos incluye medicamentos indicados por su proveedor de atención médica en North Texas Kidney Disease Associates y por otros proveedores de atención médica involucrados en su atención, y podría incluir información sensible, como medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades venéreas o de transmisión sexual, abortos, violación o agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/sida. Como parte de este formulario de consentimiento, usted da su consentimiento específicamente para la divulgación de esta información de salud y demás información sensible.

Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que su proveedor de North Texas Kidney Disease Associates puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados proporcionado por otros proveedores de atención médica o responsables del pago de beneficios externos con fines de tratamiento. Usted puede decidir no firmar este formulario. Su decisión no afectará su capacidad para recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario luego de haberlo firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que lo revoque. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento por escrito. Tenga en cuenta que esta revocación no tendrá ningún efecto sobre las medidas que se tomen antes de su recepción.

Luego de entender todo lo que antecede, por el presente, doy mi consentimiento informado a North Texas Kidney Disease Associates para inscribirme en este Programa de Recetas Electrónicas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas ellas.

Nombre del/de la paciente: _____

Nombre/Relación (si lo firma una persona distinta del/de la paciente) _____ Fecha _____

Firma del/de la paciente _____ Fecha _____

Firma del/de la testigo _____ Fecha _____

Paciente:

Fecha de nacimiento del/de la paciente:

CONSENTIMIENTO PARA ESTABLECER CONTACTO PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

¿Cuál es el propósito de este consentimiento? Con frecuencia, nos contratan para participar en varios proyectos de investigación y ensayos clínicos ("estudio" o "estudios"). Estos estudios suelen estar diseñados para crear mejores tratamientos para los tipos de problemas médicos que tienen las personas que acuden a esta clínica. Queremos saber si usted desea saber más sobre dichos estudios o si le gustaría participar en algún estudio que sea adecuado para usted. Si acepta participar, autoriza a personas profesionales calificadas a comunicarse con usted en el futuro para preguntarle si desea participar en algún estudio. No tiene la obligación de participar en ningún estudio, solo de informarse sobre él.

¿Qué sucede si acepto participar? Si acepta participar, da su consentimiento para que se obtenga información limitada de sus registros médicos. Esta información puede incluir datos sobre su diagnóstico, nombre, número de registro médico, fecha de nacimiento e información de contacto. Dicha información se preservará de manera indefinida, a menos que retire su permiso. Si un estudio sobre su afección necesita participantes, es posible que se comuniquen con usted para preguntarle si desea participar. Usted no tiene la obligación de hacerlo. Puede retirar su permiso para que se comuniquen con usted en cualquier momento poniéndose en contacto con la clínica.

¿Qué sucede si no acepto participar? Si se niega a participar, su condición actual o futura de paciente no se verá afectada. Recibirá la misma atención que cualquier otro paciente que se atienda en nuestra clínica. No habrá sanciones ni perderá beneficios a los que tenga derecho. Sus registros clínicos señalarán que no desea que nadie, a excepción de su médico, le pregunte por futuras investigaciones.

¿Conlleva riesgos firmar este formulario? Participar en estudios podría conllevar cierta pérdida de privacidad. Sin embargo, sus registros se manipularán con la mayor confidencialidad posible. El acceso se limitará a los administradores de datos y a los médicos que organizan los estudios. No se usará información con fines de investigación sin permiso adicional. Su información de contacto no se compartirá con terceros que no estén afiliados a nosotros.

¿Hay alguna consideración financiera? Usted no enfrentará ningún costo ni deberá realizar ningún pago si decide dar su consentimiento para que se comuniquen con usted para futuros estudios.

Seleccione su decisión a continuación:

- Acepto que me contacten para investigaciones futuras.
- No acepto que me contacten para investigaciones futuras.

Si tiene alguna pregunta o desea cambiar sus preferencias, llame al (866) 886-5007 o envíe un correo electrónico a privacy@panoramichealth.com.

Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso, se describe cómo se podrá usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo atentamente.

Fecha de entrada en vigor: _____

Fecha de revisión: _____

INTRODUCCIÓN

Este aviso fue emitido por North Texas Kidney Disease Associates. El consultorio está asociado con una organización de servicios de administración (USN OPCO LLC., que opera bajo el nombre de Panoramic Health, y sus subsidiarias). Esta relación le permite al consultorio de legar determinadas funciones operativas a estas entidades. Las funciones operativas pueden incluir la mejora de la calidad, la gestión de riesgos, servicios financieros y de facturación, intercambios de información de salud y la gestión de investigaciones clínicas.

Usted entiende y acepta que el consultorio divulgará información de conformidad con la HIPAA a nuestras entidades delegadas (es decir, Panoramic Science, LLC y RCO Analytics, LLC) para crear un modelo de prestación de atención médica a la población, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica y sus resultados, reducir los costos de la atención médica y aumentar el ahorro para los pacientes.

En este aviso, se usan las palabras "información de salud protegida" (Protected Health Information, PHI) o "información de salud". Esas palabras están definidas en las regulaciones de la HIPAA. En términos simples, su "información de salud protegida" es información sobre usted y su atención médica que usamos y divulgamos para su tratamiento y el pago de su atención, y con otros fines operativos relacionados con la atención médica. Incluye información de identificación básica, como su nombre, dirección, edad, raza, número de teléfono, e información que consta en sus registros médicos y de facturación. La PHI puede ser oral, en papel o en formato electrónico.

¿QUIÉNES DEBEN RESPETAR ESTE AVISO?

Nosotros le brindamos atención médica a usted, el/la paciente, trabajando con médicos y muchos otros proveedores de atención médica (a los que hacemos referencia mediante los términos "nosotros" o "nuestro/a"). Este es un aviso de nuestras prácticas de privacidad de la información. Las siguientes personas o grupos deberán respetar este aviso:

- Todos los empleados del consultorio.
- Todo proveedor de atención médica que se acerque a nuestros centros a brindarle atención. Estos profesionales incluyen médicos, enfermeros, técnicos, asistentes médicos y otros.
- Todos los departamentos y unidades de nuestra organización.
- Oficinas y filiales que realizan tareas en favor del consultorio.

NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Entendemos que su información de salud protegida es privada y personal y nos comprometemos a protegerla. Los empleados del consultorio y otros miembros del personal elaboran un registro cada vez que usted nos visita. Este aviso se aplica a todos los registros de la atención que reciba en el consultorio, sin importar si fueron creados por miembros del personal o por su médico. Nos complacerá explicarles este aviso a usted o a un familiar.

La ley nos exige que hagamos lo siguiente:

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida.
- Proporcionarle este aviso, en el que se describen nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de su información de salud protegida.
- Informarle, según se establece en la ley estatal y federal, si su información de salud protegida ha sido vulnerada.
- Seguir los términos del aviso que esté vigente en la actualidad.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta sección de nuestro aviso establece cómo podemos usar y compartir su información de salud protegida, lo que incluye la transmisión electrónica. En situaciones que no se contemplen en este aviso o que estén permitidas de otro modo por la ley y las regulaciones, le pediremos un permiso por escrito separado para usar o compartir su información de salud protegida. Puede cancelar su permiso más adelante si nos avisa por escrito. Protegeremos su información de salud protegida con el mayor alcance que permita la ley. A veces, la ley estatal protege su información en mayor medida que la ley federal. Otras veces, ocurre lo contrario. En algunos casos, podemos anonimizar sus datos y compartirlos con terceros para ampliar conocimientos sobre determinadas afecciones. Si no desea que su información se comparta con este fin, infórmenos al respecto por escrito. En cada caso, aplicaremos las leyes que más protegen su información.

Tratamiento: Usaremos y compartiremos su información de salud protegida, tanto de forma interna como externa, para brindarle tratamiento médico y coordinar o gestionar su tratamiento con otros proveedores de atención médica. Un ejemplo es enviar información médica sobre usted a otro especialista como parte de una derivación. También podemos compartir su información con otros tipos de proveedores de atención médica una vez que se retire de nuestro consultorio, como farmacias, agencias de atención médica a domicilio, hospitales especializados o centros de atención a largo plazo.

Pago: Usaremos y compartiremos su información de salud protegida para recibir el pago por el tratamiento que le brindemos. Un ejemplo consiste en darle información sobre usted a su plan de salud o a Medicare. También es posible que necesitemos darle información a su plan de salud para conseguir la aprobación de determinados servicios o para saber si su plan pagará determinado tratamiento. Tal vez compartamos su información de salud con otros proveedores de atención médica que participan en su cuidado, como su médico personal, el anestesiólogo y los servicios de ambulancia, para que reciban el pago por sus servicios. También podemos proporcionar su información de salud a personas responsables del pago de su atención médica, como la persona designada en su póliza de seguro médico. Por ejemplo, la persona designada podría recibir una copia de una explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) relacionada con su atención.

Operaciones de atención médica: Usaremos y compartiremos su información de salud para nuestras operaciones de atención médica. Algunos ejemplos consisten en usar su información para lo siguiente:

- Mejorar la calidad de la atención que le brindamos.
- Tratar enfermedades, controlar el bienestar o administrar programas de salud para la población.
- Realizar encuestas a pacientes.
- Capacitar a estudiantes.
- Llevar a cabo la planificación y la administración empresarial.
- Resolver quejas de pacientes.
- Obtener o conservar nuestra acreditación.
- Realizar tareas de cumplimiento normativo y obtener servicios legales.
- Participar en estudios de investigación clínica.

También podríamos compartir su información de salud protegida con personas o empresas (llamados "socios comerciales") a las que acudimos para que nos ayuden con nuestras operaciones.

Familiares, representantes personales y otras personas involucradas en su atención: A menos que nos indique lo contrario, podríamos compartir su información de salud protegida con sus amigos, familiares u otras personas que haya designado para ayudar con su atención o que puedan tomar decisiones en su nombre sobre su atención médica. Además, si no puede expresar acuerdo debido a una emergencia, podríamos compartir su información de salud protegida necesaria con los familiares o los amigos que participan en su atención, según el criterio profesional sobre lo que sería mejor para usted. En casos poco frecuentes, podríamos compartir su información con otras personas, sin su permiso, si el médico o proveedor de atención médica considera que es lo mejor para usted.

Centralización y uso compartido de su información por medios electrónicos: Es posible que participemos en el uso compartido o la centralización de la información de atención médica por medios electrónicos o que los facilitemos. Por lo general, lo hacemos a través de intercambios de información de salud (Health Information Exchange, HIE) locales o regionales. En las siguientes dos secciones, se describen otros dos tipos de HIE en los que participamos. Los HIE ayudan a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica dentro de un área geográfica o comunidad a brindarle atención de calidad. Si viaja y necesita tratamiento médico, los HIE les permiten a otros médicos u hospitales comunicarse con nosotros de forma electrónica para saber de usted. Todo esto nos ayuda a gestionar su atención cuando hay más de un médico involucrado. También nos ayuda a reducir el costo de sus facturas médicas (ya que evitamos repetir análisis de laboratorio). Por último, nos ayuda a mejorar la calidad general de la atención que les brindamos a usted y a otras personas. Participamos en esfuerzos nacionales para reformar la salud y podríamos usar y compartir información, según se permita, para lograr objetivos regionales o nacionales, incluidas iniciativas de bienestar o gestión de la salud poblacional aprobadas a nivel regional o nacional.

Intercambio de información de salud estatal: Estos centros podrían participar en HIE estatales a través de Internet. Según lo permita la ley, su información de salud se compartirá a través del HIE para ofrecer un acceso más rápido y una mejor coordinación de la atención, y para ayudar a los proveedores de atención médica, los planes de salud y los encargados de salud pública a tomar decisiones más informadas. Para inscribirse o darse de baja del HIE, debe informar al HIE por su cuenta.

Investigación: Podemos usar y compartir su información de salud protegida para proyectos de investigación, como el estudio de la eficacia de un tratamiento que recibió. Por lo general, obtendremos su permiso por escrito para usar o compartir su información con fines de investigación. En determinadas circunstancias, podemos compartir su información de salud protegida sin su permiso por escrito. Sin embargo, estos proyectos de investigación serán aprobados por un comité especial que protege la confidencialidad de su información médica.

Recordatorios de citas: Es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para facilitarle recordatorios de sus citas.

Productos y servicios a través de Internet: Trabajando con terceros, podríamos compartir su información de salud para poder ofrecerle productos o servicios a través de Internet. Usando los productos o los servicios, podrá hacer lo siguiente:

- Programar citas.
- Reducir el tiempo de espera en nuestras salas de emergencias.
- Buscar un médico o acceder a su información médica a través de un portal.

Opciones de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: Es posible que nos comuniquemos con usted para hablar sobre posibles opciones de tratamiento, beneficios relacionados con la salud o servicios que ofrecemos. Educación sobre salud y programas de salud: podríamos enviarle boletines o folletos, o comunicarnos con usted respecto de información relacionada con la salud, programas de tratamiento de enfermedades, programas de bienestar u otros programas locales que podría desear.

USO COMPARTIDO DE INFORMACIÓN EXIGIDO O PERMITIDO POR LA LEY

La ley federal, estatal o local nos exige o permite compartir o transmitir su información de salud con varios fines. Estos son algunos de los fines exigidos o permitidos:

Actividades de salud pública: Podemos compartir su información de salud protegida, según lo exige o permite la ley, a autoridades de salud pública o agencias gubernamentales cuyas actividades oficiales incluyen prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo, debemos transmitir determinada información sobre nacimientos, defunciones y varias enfermedades a agencias gubernamentales. Podemos usar su información de salud para informar a agencias de supervisión sobre reacciones a medicamentos o problemas con dispositivos médicos. También podemos compartir, cuando se solicite, su información de salud protegida a agencias de salud pública que hacen un seguimiento del uso de opioides y de enfermedades contagiosas o que participan en la prevención de epidemias.

Exigencia legal: A veces, la ley nos exige que reportemos determinada información. Por ejemplo, debemos denunciar el abuso o abandono de menores y personas mayores y, en algunos estados, el abuso o abandono conyugal. Debemos informar determinados tipos de lesiones, como las causadas por armas de fuego. También debemos proporcionar información a su empleador sobre enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, o sobre supervisión médica relacionada con el lugar de trabajo. Otro ejemplo consiste en que debemos compartir información sobre tumores a los registros estatales de tumores.

Seguridad pública: Podemos compartir su información de salud para prevenir o reducir una amenaza grave para usted o para la salud o la seguridad de una persona particular o el público general, y en algunos casos, tenemos la obligación de hacerlo.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos compartir su información médica con una agencia de supervisión de la salud, cuando lo permite la ley, para llevar a cabo actividades de supervisión de la salud. Las agencias de supervisión de la salud incluyen las agencias que administran Medicare y Medicaid y los consejos estatales de otorgamiento de licencias médicas o de enfermería. Las actividades de supervisión de la salud incluyen auditorías, investigaciones o inspecciones. Las actividades son necesarias para que el gobierno pueda supervisar los tratamientos y los gastos médicos, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos compartir información de salud de pacientes fallecidos con médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o cumplir con otras obligaciones, según se permita.

Agencias militares, de veteranos, de seguridad nacional y otras agencias gubernamentales: Podemos usar o compartir su información de salud con fines de seguridad nacional, actividades de inteligencia o para brindar servicios de protección al presidente o a otras personas específicas, según lo permita la ley. Si usted forma parte de las fuerzas armadas, podemos compartir su información de salud con el ejército con fines de autoridad militar. Podemos compartir información médica con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento de la HIPAA.

Procedimientos legales o administrativos: Podemos usar o compartir su información de salud en respuesta a órdenes o citaciones judiciales, solo tras seguir los procedimientos requeridos por la ley.

Cumplimiento legal: Podemos compartir su información de salud si los funcionarios del orden público nos lo piden o si tenemos la obligación legal de notificar a la agencia del orden público o a otras agencias pertinentes:

- En respuesta a una orden o citación judicial, a una orden de allanamiento, a un requerimiento legal o a un proceso legal similar.
- En relación con una víctima o con la muerte de una víctima de un delito en circunstancias limitadas.
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, informar la ubicación o las víctimas de un delito o dar la identidad, la descripción o la ubicación de una persona acusada de haber cometido un delito, incluidos los delitos que podrían ocurrir en nuestro centro, como robo, desvío de medicamentos o intentos de obtener drogas de forma ilegal.

Fines de mitigación de catástrofes: Podemos usar o compartir su información de salud con organizaciones públicas o privadas de mitigación de catástrofes, como la Cruz Roja Estadounidense, para que su familia pueda ser informada de su ubicación y estado en caso de catástrofe o emergencia. También podemos usarla para ayudar en la coordinación de los esfuerzos de mitigación de catástrofes.

Indemnización de los trabajadores: Podemos compartir su información de salud para brindar beneficios de indemnización de los trabajadores o programas similares que ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, si usted nos indica que la indemnización de los trabajadores pagará por sus consultas. Su empleador o la prestadora de indemnización de los trabajadores puede solicitar la totalidad del registro médico para su reclamo de indemnización de los trabajadores. El registro médico puede incluir detalles sobre sus antecedentes de salud, los medicamentos que toma en la actualidad y sus tratamientos.

Reclusos: Si usted es un recluso de un centro correccional o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, podemos compartir su información de salud con dicho centro o funcionario. Podríamos hacerlo para que el centro le brinde atención médica, proteja su salud y la seguridad o la salud y la seguridad de los demás, o para la seguridad del centro correccional.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

No usaremos ni compartiremos su información de salud con fines distintos a los estipulados en este aviso, a menos que nos dé su permiso por escrito. Según la HIPAA, este permiso se denomina "autorización". Si nos da permiso por escrito para usar o divulgar su información de salud, puede revocarlo (retirarlo) por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de usar o divulgar su información de salud con el fin establecido. Sin embargo, no podemos recuperar las divulgaciones que se hayan realizado de conformidad con su permiso anterior.

Obtendremos su permiso por escrito para usar y divulgar su información de salud con estos fines específicos cuando lo exija la ley:

Publicidad:

Consiste en emitir comunicados sobre un producto o servicio que podría tener interés en comprar. Si le enviamos un comunicado publicitario sobre un producto o servicio que no está relacionado con el consultorio, o si recibimos un pago de un tercero para promocionarle un producto o servicio, tendremos que obtener su permiso por escrito para poder usar o divulgar su información de salud.

No tenemos la obligación de obtener su permiso por escrito para hablar con usted en persona o enviarle información sobre lo siguiente:

- Opciones de tratamiento médico.
- Productos y servicios relacionados con la salud proporcionados por el consultorio.
- Servicios de administración de casos y coordinación de la atención.
- Tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención recomendados.
- Muestras u obsequios promocionales de valor nominal.

Usted tiene derecho a revocar (retirar) su permiso publicitario, y respetaremos su revocación. Para saber a quién contactar para darse de baja de estos comunicados, hable con el encargado de Privacidad.

Información médica sensible: Podemos obtener un permiso por escrito de su parte, cuando lo exijan las leyes estatales y federales, para usar o compartir información médica sensible, como la relativa a la salud mental, el abuso de sustancias o las pruebas genéticas.

Venta de información de salud:

Obtendremos su autorización para divulgar su información de salud identificable si recibimos una remuneración (en dinero u otros objetos de valor), de forma directa o indirecta, a cambio de la información de salud.

ESTE AVISO NO SE APLICA A LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

Algunas actividades podrían no estar contempladas en este aviso y se denominan "actividades híbridas" en la HIPAA. Si participa en actividades de investigación realizadas por instituciones académicas luego de que su información se les haya enviado de forma legítima, u obtiene servicios de laboratorio de acceso directo, este aviso y la HIPAA no se aplican.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN DE SALUD

Sus derechos se enumeran a continuación. Algunos de los derechos requieren un formulario de solicitud por escrito. Puede obtener el formulario de solicitud por escrito correspondiente en los departamentos que se especifican abajo.

Solicitar su información (acceso o una copia): En la mayoría de los casos, si realiza la solicitud por escrito, puede acceder a su información de salud protegida que consta en sus registros médicos o a las partes pertinentes de su historial de facturación, u obtener una copia, en papel o en formato electrónico. También puede solicitar que le envíemos copias electrónicas directamente a una persona o entidad de su elección. Le daremos un formulario para que complete a fin de realizar la solicitud. Puede consultar su información médica sin costo. Si solicita copias en papel o en formato electrónico de su información, podríamos cobrarle una tarifa para cubrir el costo de copiado, envío por correo e insumos. Para solicitar una copia de su información, comuníquese con el gerente del consultorio.

Si no aprobamos su solicitud para acceder a la información u obtener una copia de ella, le explicaremos el motivo por escrito. Además, puede pedirnos por escrito que revisemos esa decisión. Un profesional de la salud revisará su solicitud y la decisión. La persona que realiza la revisión no será la misma que la que denegó su solicitud. Haremos un seguimiento del resultado de la revisión.

Corregir su información (enmienda): Si cree que la información sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos por escrito que corrijamos los registros (es decir, que hagamos una enmienda). Le daremos un formulario para que complete a fin de realizar la solicitud. Podemos rechazar su solicitud para corregir un registro si nosotros no creamos o conservamos la información, o si creemos que el registro está completo y es correcto. Si rechazamos su solicitud, puede pedirnos por escrito que revisemos esa decisión.

Obtener una lista de determinadas divulgaciones (resumen de divulgaciones): Puede pedirnos que le proporcionemos una lista de determinadas divulgaciones de su información de salud protegida que hayamos hecho durante los últimos seis años. Para obtener la lista, pida el formulario de resumen de divulgaciones al gerente del consultorio o al encargado de Privacidad. Debe realizar la solicitud por escrito y especificar el plazo (hasta seis años) de la lista. La primera solicitud en un período de 12 meses será gratuita. Le cobraremos el costo de elaborar la lista si hace otras solicitudes. Le daremos una estimación del costo cuando pida listas adicionales.

Derecho a pedir comunicados confidenciales: Usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos relativos a la atención médica de determinada manera o a determinada dirección. Por ejemplo, puede pedirnos que solo nos comuniquemos con usted a una dirección distinta de la de su hogar, como el trabajo, o que solo nos comuniquemos por correo postal y no por teléfono. Su solicitud debe indicar cómo o dónde quiere que nos comuniquemos con usted. No necesitamos que nos explique el motivo. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Derecho a solicitar una restricción: Puede pedirnos por escrito que limitemos nuestro uso o el uso compartido de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u otros fines operativos. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con la mayoría de las solicitudes. Cada vez que realice una solicitud por escrito, la analizaremos y le informaremos por escrito si la aceptamos o rechazamos. Solo estamos obligados legalmente a aceptar un tipo de solicitud de restricción: si usted nos ha pagado la totalidad de un procedimiento o artículo médico que normalmente le facturaríamos a su plan de salud, debemos aceptar su solicitud de no compartir la información sobre ese procedimiento o artículo con su plan de salud. Por ejemplo, si consultó a un terapeuta y pagó la totalidad del servicio en lugar de enviar los gastos a su plan de salud, puede solicitar que su información de salud relacionada con la terapia no se comparta con su plan de salud.

Derecho a recibir un aviso sobre una vulneración de la privacidad: Si descubrimos que su información de salud ha sido vulnerada, le informaremos al respecto. "Vulneración" significa que su información de salud se ha divulgado o compartido de una forma imprevista y que existen más que bajas probabilidades de que se haya visto comprometida. El aviso le informará sobre la vulneración, sobre las medidas que hemos tomado para reducir el posible daño ocasionado por la vulneración y sobre las medidas que podría necesitar tomar en respuesta a la vulneración.

Derecho a obtener una copia en papel de este aviso: Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso. Si recibió este aviso en formato electrónico, de todos modos puede obtener una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Para hacer preguntas sobre cualquiera de estos derechos o para obtener una copia en papel de este aviso, comuníquese con el encargado de Privacidad. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Es posible que, en ocasiones, modifiquemos nuestras prácticas de privacidad. Los cambios se aplicarán a la información médica actual y a la información nueva posterior al cambio. Si realizamos un cambio importante, modificaremos el aviso. También publicaremos el aviso nuevo en nuestros establecimientos y nuestro sitio web. Puede pedirnos una copia de este aviso por escrito en cualquier momento comunicándose con el gerente del consultorio o el encargado de Privacidad. Si realizamos cambios materiales en nuestro aviso, le daremos una copia del aviso la próxima vez que se registre para un tratamiento.

¿TIENE QUEJAS O INQUIETUDES?

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nosotros enviando un correo electrónico a privacy@panoramichealth.com, llamando al 1-866-886-5007 o contactando al encargado de Privacidad. También puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos escribiendo a OCRComplaint@hhs.gov o por correo postal a Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. No tomaremos medidas en su contra ni modificaremos el trato que recibe por presentar una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

privacy@panoramichealth.com

(866) 886-5007



**Acuse de recibo del Aviso de
prácticas de privacidad**

Acuso recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio que describe cómo se usará, divulgará y protegerá la información confidencial del/de la paciente.

Nombre del/de la paciente:

Nombre/Relación (si lo firma una persona distinta del/de la paciente) _____ Fecha _____

Firma del/de la paciente _____ Fecha _____

Firma del/de la testigo _____ Fecha _____