

Favor de revisar y hacer correcciones a la información siguiente donde sea necesario.

Registro de Paciente

Visita

Razón de la visita:

INFORMACIÓN DE PACIENTE -- FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE		Información de Garante (quien recibe extractos de cuenta)	
Apellido:		Nombre:	
Primer Nombre:		Dirección:	
Segundo Nombre:			
Dirección:		Relación al paciente: _____	
Ciudad:	Estado:	Fecha de Nacimiento:	
Código Postal:		Número de Seguro Social:	
Teléfono de Casa: () _____ - _____		Teléfono: () _____ - _____	
Teléfono de Trabajo:		Información de Contacto de Emergencia	
** Teléfono Móvil: () _____ - _____		Nombre:	
Sexo:		Relación al Paciente:	
Fecha de Nacimiento:		Teléfono:	
Número de Seguro Social:		Teléfono Móvil: () _____ - _____	
** Email de Paciente:			
Requisito gubernamental [puede rechazar entregar esta información]:		Información de Trabajo	
** Idioma:		Nombre de Empresa:	
** Raza:		Dirección:	
** Etnicidad:		Teléfono:	
** Estado Civil:			
Otra Información		Información de Farmacia:	
Referido por:		Nombre:	
Médico de Atención Primaria:		Intersección (de calles):	
Preferencia de Ser Contactado: Teléfono de Casa / Teléfono de Trabajo / Teléfono Móvil / Portal / Email		Teléfono:	
Como supiste de nosotros?			
Información de Seguro Médico Primario		Información de Seguro Médico Secundario	
Nombre del Plan de Seguro:		Nombre del Plan de Seguro:	
Número de Seguro identificación:		Número de Seguro identificación:	
Grupo:		Grupo:	
Apellido de Asegurado:		Apellido de Asegurado:	
Primer Nombre de Asegurado:		Primer Nombre de Asegurado:	
Segundo Nombre de Asegurado:		Segundo Nombre de Asegurado:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo (escoga uno): M or F	Fecha de Nacimiento:	Sexo (escoga uno): M or F
Nombre de Empresa:		Nombre de Empresa:	
Relación de Paciente al Asegurado:		Relación de Paciente al Asegurado:	

Afirmo que la información anterior es completa y correcta.

Firma _____ Fecha: _____

MEDICAL HISTORY FORM (Formulario de historia médica para adultos)

Name(Nombre): _____ DOB(Fecha de Nacimiento): _____ Occupation(Ocupación): _____

SURGICAL HISTORY(HISTORIA DE SIRUGIAS)

SURGERY/SIRUGIA	REASON/RAZON	YEAR/Año	HOSPITAL
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

PHARMACIA: _____ NUMERO DE LA PHARMACIA: _____

DIRECCION: _____

MEDICATIONS(LISTA DE MEDICINAS)

NAME NOMBRE DE MEDICINA	STRENGTH DOSIS	INSTRUCTIONS INSTRUCCIONES
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

ALLERGIES(ALLERGIAS/SENSITIVIDADES A MEDICINAS/REACCION)

PAST MEDICAL HISTORY(HISTORIA MEDICA DEL PASADO)

Have you ever been told you had one of the following? Please check Yes if you have now, or have had in the past.

(¿le han dicho alguna vez que tenía uno de los siguientes? Por favor, marque sí si tiene ahora, o ha tenido en el pasado.)

	Si/Yes	No		Si/Yes	No		Si/Yes	No
Allergies(ALLERGIAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM 1(DIABETES TIPO 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung Disease(Enfermedad de Pulmon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM 2(DIABETES TIPO 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Illness(Enfermedad Mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiety(ANSIEDAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetic Complications(COMPLICACIONES DIABETICO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movement Disorder(Trastorno del Movimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrine Disease(ENFERMEDAD ENDOCRINO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerve Disease(Enfermedad del Nervio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye Problems(PROBLEMO DE OJOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteopenia/Osteoporosis(La Osteoporosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmune Disease(ENFERMEDAD AUTOIMUNE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastritis/Ulcer(LA GASTRITIS/ULCERAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overweight/Obesity(Sobre Peso/Obesidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Back/Neck Pain(Espalda/Cuello Dolor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GERD/Acid Reflux(REFLUJO ACIDO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia(La Neumonía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood Disorder(DESORDEN DE SANGRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Headaches/Migraine(Dolor de Cabeza/La Migrañas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostate Disorder(Trastorno de La Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bowel Disease(ENFERMEDAD DEL INTESTINO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing Loss(Perdida de la audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine Disease(Enfermedad de La Columna o Espina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD(ENFERMEDAD DE ARTERIA CORONARIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Rhythm Disorder(Desorden del ritmo de corazon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke/TIA(Apoplejía/Derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHF(INSUFICIENCIA CARDIACA CHRONICA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Disease(La Cardiopatía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Disease(Enfermedad de la Tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD(ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension(Alta Pression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis(Pos PPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperlipidemia(Alto Cholesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary Problems(Problema Urinarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dementia(LA DEMENCIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease/Stones(Enfermedad de Riñones/Piedras en el Riñón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viral Disease(Enfermedad Viral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Developmental(ESTADO DEL DESARROLLO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease(Enfermedad del Hígado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other(Otros):		
Depression(LA DEPRESSION)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

FAMILY HEALTH HISTORY/HISTORIA DE SALUD DE FAMILIA

Relation RELACION	Age of Onset EDAD DE COMIENZO	Significant Health Problems SINTOMAS SIGNIFICANTES DE SALUD
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Education/Educación:

- Less than 8th grade/Secundaria High School/Preparatoria 2 Year College/24 meses de Universidad
 4 Year College/48 meses de Universidad Post Graduate/Licenciatura Other/Otro: _____

Tobacco/Tabaco:

Do you currently use tobacco? Presente practica el uso del Tabaco? Yes/Si No

Did you use tobacco in the past?/En el pasado practico el uso del Tabaco? Yes/Si No

Por cuánto tiempo?: _____

Cigarettes/Cigarillos ___/day(al día) Chew/Masticar ___/day(al día) Cigars/Cigaros ___/day(al día)

Alcohol:

None/Ninguna Occasional/Ocasional Moderate/Moderado Heavy/Pesado

Caffeine/Cafeína:

None/Ninguna Occasional/Ocasional Moderate/Moderado Heavy/Pesado

cups/cans perday (vasos/botes por día) _____

Drugs/Drogas:

Do you currently use recreational or street drugs?/Presente practica el uso de cualquier droga recreacional o de calle? Yes/Si No

Sexually Active/Activo Sexual: Yes/Si No

Are you interested in being screened for STD's? Está Interesado en estudios laboratorios de Transmisión Sexual adicionalmente ?
 Yes/Si No

Advanced Directive/Directiva avanzada:

Do you have and Advanced Directive or Healthcare Proxy?/Tienes una directive avanzada o un representante de atencion medica? Yes/Si No

(WOMEN ONLY/SOLO PARA MUJER) OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL HISTORY/HISTORIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA

Last PAP Smear Date(Última fecha de Papanicolau): _____

Last Mammogram Date(Ultima fecha de Examen de Mammografía): _____

Date of last menstrual period or menopause(Fecha del último período menstrual o menopausia): _____

Number of pregnancies(Número de Embarazos): _____

En 2014 se aprobó una ley federal, vigente desde septiembre de ese año, que rige las diversas formas en las que podremos comunicarnos con usted, ya sea por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Se enumeran a continuación las razones por las que podemos necesitar comunicarnos con usted mediante estas vías:

- Recordatorios de turnos de consulta
- Seguimiento de resultados de análisis
- Llamadas recordatorias de los chequeos anuales de prevención
- Envío por correo electrónico o fax de formularios que el paciente debe completar antes de la consulta
- Notificación de renovación de medicamentos
- Notificación de fecha y hora de una cirugía
- Notificación de pagos previos para cirugías y procedimientos
- Llamadas de seguimiento después de una cirugía o procedimiento

Consentimiento para contactar

Al suministrar mi número telefónico, doy mi consentimiento y autorizo expresamente al médico interviniente, el médico clínico o al proveedor de atención médica, como así también a sus respectivas entidades, representantes o contratistas, que incluye, aunque sin limitación, a los organizadores de turnos de consulta, encargados de marketing, publicistas, cobradores y demás personal contratado (denominados colectivamente en el presente los "Proveedores") para que se pongan en contacto conmigo mediante el uso de cualquier equipo de marcado de números (que incluye marcadores, sistemas de discado telefónico automático y/o sistemas de reconocimiento de voz interactivos) y/o mensajes de voz o mensajes artificiales o pregrabados. Acepto expresamente que tales llamadas automáticas pueden ser realizadas a mi número de teléfono (incluidos los números asignados a un celular u otro servicio que puedan generar gastos por la llamada) usados por mí o asociados a mí, y que hayan sido obtenidos por cualquier medio, que incluye aunque sin limitación, cualquier número que suministre el día de hoy, que haya sido obtenido previamente o que pueda suministrar en el futuro en conexión con los bienes y servicios médicos y/o mi cuenta. Al prestar mi consentimiento expreso, renuncio específicamente a cualquier reclamo que pudiera hacer por la realización de tales llamadas, incluido cualquier reclamo en virtud de las leyes federales o estatales, y específicamente cualquier reclamo en virtud de la Ley de Protección a los Consumidores de Teléfono, 47 U.S.C. § 227. Al suministrar un número de teléfono, manifiesto ser el suscriptor o propietario del mismo, o que tengo autoridad suficiente para usar y dar consentimiento a las llamadas efectuadas a ese número.

Al suministrar mi número telefónico, doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto de los Proveedores, a cualquiera de los números de teléfono (incluidos aquellos asignados a un celular u otro servicio que puedan generar gastos por la llamada) usados por mí o asociados a mí, y que hayan sido obtenidos por cualquier medio, que incluye aunque sin limitación, cualquier número que suministre el día de hoy, que haya sido obtenido previamente o que pueda suministrar en el futuro en conexión con los bienes y servicios médicos y/o mi cuenta. Al prestar mi consentimiento expreso, renuncio específicamente a cualquier reclamo que pudiera hacer por la realización de tales llamadas, incluido cualquier reclamo en virtud de las leyes federales o estatales y específicamente cualquier reclamo en virtud de la Ley de Protección a los Consumidores de Teléfono, 47 U.S.C. § 227. Al suministrar un número de teléfono, declaro ser el suscriptor o propietario del mismo, o que tengo autoridad suficiente para usar y dar consentimiento para recibir llamadas efectuadas a ese número.

Al suministrar mi dirección de correo electrónico ahora o en cualquier momento futuro en conexión con los bienes y servicios médicos y/o mi cuenta, acepto expresamente la opción de recibir comunicaciones por correo electrónico de los Proveedores o que estén relacionadas con los bienes y servicios médicos prestados, mi cuenta, y otros servicios tales como información financiera, clínica y educativa, incluidas las novedades de cambios, modificaciones a la ley de cuidados de salud, cobertura de cuidados de salud, seguimiento de cuidados de salud y otras oportunidades, bienes y servicios relacionados. Al dar mi consentimiento expreso, renuncio específicamente a cualquier reclamo que pudiera hacer en relación con el envío de tales mensajes de correo electrónico, incluido cualquier reclamo en virtud de las leyes federales o estatales y específicamente cualquier reclamo en virtud de la Ley CAN-SPAM, 15 U.S.C. § 7701, y subsiguientes. Al suministrar mi dirección de correo electrónico, declaro ser el suscriptor o propietario de la cuenta, o que tengo autoridad suficiente para usar y dar consentimiento para recibir los mensajes enviados a esa dirección de correo electrónico.

Comprendo que dar un número telefónico o una dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos. Asimismo comprendo que puedo revocar mi consentimiento para contactar en cualquier momento, comunicándome directamente con los Proveedores o utilizando el método de exclusión de opción que estará identificado en la comunicación correspondiente.

He leído y comprendido lo enunciado anteriormente y doy mi consentimiento para contactar según lo descripto:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Firma: _____ Fecha: _____

***Menores o usuarios que requieren de cuidadores – Acuse de recibo del Consentimiento para contactar**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Política financiera y autorizaciones de BHS PHYSICIANS NETWORK, INC.

Nos complace que haya escogido a BHS PHYSICIANS NETWORK, INC. para su atención médica y esperamos ansiosamente poder brindarle nuestros servicios. Para ayudarlo a comprender sus responsabilidades financieras en relación con su atención médica, nos gustaría describir brevemente nuestras políticas financieras. Los pacientes deberán presentar un documento de identidad y si cuentan con un seguro de salud, la tarjeta vigente del seguro al momento de la prestación del servicio. Los pacientes son económicamente responsables por todos los servicios prestados y deberán pagar por los mismos al momento de la prestación, incluidos todos los saldos pendientes anteriores a la fecha de la prestación. Si el paciente es menor de edad, el padre/la madre u otro adulto que lo acompañe será económicamente responsable independientemente de la custodia legal sobre el menor. Los cheques que sean rechazados estarán sujetos al pago de un cargo adicional.

Medicare: El consultorio médico facturará sus servicios al intermediario de Medicare. Los pacientes son responsables de lo siguiente:

- Deducible anual de Medicare
- Todos los copagos aplicables del cargo permitido
- Todos los servicios no cubiertos
- Todos los servicios cubiertos solicitados por el médico que no cumplan con los requisitos médicos de Medicare y para los cuales el beneficiario firmó una Notificación Anticipada de Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés).

Seguros complementarios y secundarios a Medicare: The Practice will bill both Medicare and secondary insurances.

Medicaid: Los pacientes deben presentar la tarjeta Medicaid actualizada cada vez que concurren a la consulta. Los pacientes de Medicaid son responsables de todos los copagos aplicables y de todos los servicios no cubiertos. También son responsables de procurar todas las derivaciones que sean necesarias de sus médicos de atención primaria.

Planes de seguro médico HMO, PPO y corporativos Los pacientes son responsables del pago de copagos, coseguros y/o deducibles, o de los importes no cubiertos al momento de la prestación del servicio, como así también de todos los cargos por los cuales el paciente no haya procurado la autorización previa, si tal autorización fuera necesaria. Los pagos se presentan al seguro como cortesía si bien los beneficios son autorizados para ser abonados directamente al consultorio médico. Los pacientes son responsables del saldo total pendiente que no haya sido pagado por el seguro dentro de los 30 días. Si los pacientes no están en condiciones de pagar el copago o deducible, un miembro de la clínica determinará si resulta necesario en términos médicos que el paciente consulte al médico. Si el estado del paciente lo permite, se reprogramará la consulta para otra fecha.

Pago por cuenta propia: Los pacientes son responsables del pago total al momento de la prestación del servicio por todos los servicios que se le hayan brindado.

Indemnización laboral: Se deberá obtener autorización del empleador antes de la prestación del servicio al paciente. Caso contrario, el paciente será responsable del pago total al momento de la prestación del servicio por todos los servicios que se le hayan brindado. Una vez que hayan sido autorizados, los pacientes no serán responsables por ningún cargo a menos que el caso de indemnización laboral sea desestimado o denegado.

Lesiones personales/accidentes vehiculares y otras responsabilidades de terceros: Los pacientes serán responsables por el importe íntegro al momento de la prestación del servicio. Cualquier arreglo que usted reciba de su compañía aseguradora u otro tercero será manejado por usted, su compañía aseguradora y/o su abogado.

Seguro de otro estado: Si el paciente presenta una tarjeta de seguro HMO/PPO de otro estado, será necesario verificar los beneficios del paciente correspondientes a los beneficios fuera del estado o fuera de la red. Se le podrá solicitar al paciente el pago total o el pago de todos los copagos, coseguros o deducibles que correspondan.

Autorizaciones y consentimiento

CESIÓN Y DIVULGACIÓN: Por el presente cedo los beneficios de mi seguro o de otro asegurador de terceros para el pago directo al médico de la consulta, y soy consciente de mi responsabilidad por cualquier saldo pendiente que pudiera existir. También autorizo al médico a divulgar toda aquella información necesaria para procesar esta reclamación a mi compañía aseguradora y/o a mi empleador o potencial empleador (para los reclamos patrocinados o pagados por el empleador). Reconozco que soy responsable económicamente por los servicios prestados, y mi falta de cumplimiento con la obligación de pago de los saldos pendientes podrá dar lugar a recursos para el cobro de los mismos. Asimismo acepto que si esta cuenta arroja un saldo a favor, el importe será aplicado a cualquier saldo pendiente mío o de un familiar mío cuya cuenta sea de mi responsabilidad.

CONVERSIÓN DE CHEQUES ELECTRÓNICOS: Cuando se abone con un cheque, se nos autorizará a utilizar la información incluida en el mismo para realizar una transferencia electrónica de fondos por única vez desde su cuenta o bien procesar el pago como una transacción con cheques. Cuando utilicemos la información de su cheque para realizar una transferencia electrónica, los fondos serán retirados de su cuenta el mismo día.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por el presente autorizo a los médicos, proveedores de nivel intermedio, enfermeros, asistentes médicos y demás personal del consultorio médico a realizar todos los exámenes que correspondan y a suministrar el tratamiento y los medicamentos que sean necesarios y aconsejables.

POLÍTICA DE INASISTENCIAS: Comprendo que si no cumplo con un turno de consulta programada o cancelo el mismo con menos de 24 horas de antelación, se considerará una inasistencia y podré estar sujeto al pago de un cargo adicional. Las inasistencias reiteradas podrán dar lugar a la inhabilitación para asistir al consultorio médico.

Comprendo la política financiera y de inasistencias, las autorizaciones y el consentimiento para tratamiento, y por el presente presto mi conformidad a los mismos:

Paciente o padre/tutor del menor	Fecha de nacimiento	Fecha
----------------------------------	---------------------	-------

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Es posible que necesitemos contactarlo con respecto a su cuidado médico, citas, resultados de pruebas médicas, u otra razón. Esto reconoce que Ud. autoriza a BHS PHYSICIANS NETWORK, INC. a contactarlo y cómo desea que lo contactemos (marque todo lo que corresponda):

	ORDEN DE PREFERENCIA:	SE PUEDE DEJAR MENSAJE?	NÚMERO DE TELÉFONO:
TELÉFONO DE CASA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Si/YES <input type="checkbox"/> NO	
CELULAR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Si/YES <input type="checkbox"/> NO	
TELÉFONO DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Si/YES <input type="checkbox"/> NO	
TELÉFONO ALTERNATIVO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Si/YES <input type="checkbox"/> NO	
PORTAL PARA PACIENTES Y CORREO ELECTRÓNICO SEGURO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	CORREO ELECTRÓNICO:	

Ninguna de las anteriores

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nos puede dar autorización a contactar a un miembro de su familia sobre su cuidado médico o asuntos financieros. Esto reconoce que Ud. autoriza a BHS PHYSICIANS NETWORK, INC. a divulgar su información de salud protegida a las siguientes personas (marque todo lo que corresponda):

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Teléfono:() _____ **Correo Electrónico:** _____

Tipo de información: Avisos de Citas Resultados (pruebas de laboratorio, Rayos X, etc.) Financiera Otra:
Está bien contactarse vía: Teléfono Dejar Mensaje Portal Para Pacientes y Correo Electrónico Seguro Otra:

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Teléfono:() _____ **Correo Electrónico:** _____

Tipo de información: Avisos de Citas Resultados (pruebas de laboratorio, Rayos X, etc.) Financiera Otra:
Está bien contactarse vía: Teléfono Dejar Mensaje Portal Para Pacientes y Correo Electrónico Seguro Otra:

Nombre: _____ **Vínculo con el paciente:** _____

Teléfono:() _____ **Correo electrónico:** _____

Tipo de información: Recordatorio de turnos Resultados (análisis, radiografías, etc.) Finanzas Otro:
Acepta el contacto por: Teléfono Mensaje de voz Portal y correo electrónico seguro de pacientes Otro:

Ninguna de las anteriores

Firma: _____ **Fecha:** _____

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CON ATENCIÓN.

Estamos comprometidos con la protección de la confidencialidad de su información médica y la ley nos exige hacerlo. Esta notificación describe el modo en que podemos usar su información médica en BHS PHYSICIANS NETWORK, INC. y el modo en que podemos divulgarla a otras personas ajenas a BHS PHYSICIANS NETWORK, INC.. Esta notificación también describe los derechos que usted tiene respecto de su propia información médica. Por favor, revísela con atención y díganos si tiene preguntas.

Usos y divulgaciones permitidos sin su autorización por escrito

Tratamiento: podemos usar su información médica para proporcionarle servicios y suministros médicos. También podemos divulgar su información médica a otras personas que necesiten dicha información para brindarle tratamiento, como médicos, asistentes de médicos, enfermeros, estudiantes de medicina y enfermería, técnicos, terapeutas, proveedores de servicios de emergencia y de transporte médico, proveedores de equipos médicos y otras personas que participen en su atención.

Por ejemplo, permitiremos que otros médicos que le brinden tratamiento tengan acceso a su historia clínica del consultorio. Para asegurarnos de que las otras personas que les proporcionan tratamiento tengan acceso rápido a su información de salud más reciente, podemos participar en un intercambio comunitario de información de salud por medios electrónicos. También podemos usar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted a fin de recordarle sobre una próxima cita, informarle sobre posibles opciones de tratamiento o tratamientos alternativos, para informarle sobre los servicios de salud que tiene disponibles, o para realizar llamadas de seguimiento para controlar la experiencia que tiene al recibir atención.

Familiares y otras personas que participen en su atención: podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo que participe en su atención médica, o a alguna persona que ayude a pagar la atención que recibe. También podemos divulgar su información médica a organizaciones de asistencia ante desastres, a fin de ayudar a encontrar un familiar o amigo si se produce un desastre. Durante las visitas con familiares y otras personas, dígame a su médico y al personal del consultorio si no desea que les divulguen su información médica durante la visita.

Pago: podemos usar y divulgar su información médica para recibir el pago de los servicios y suministros médicos que le proporcionamos. Por ejemplo, es posible que su plan de salud o compañía de seguros de salud solicite ver partes de su historia clínica antes de pagarnos por el tratamiento que le brindamos.

Operaciones del consultorio: podemos usar y divulgar su información médica si es necesario para mejorar la calidad de atención que proporcionamos a los pacientes o para dirigir el consultorio. Podemos usar su información médica para llevar a cabo actividades de mejora de la calidad, obtener servicios de auditoría, contabilidad o legales, o para llevar a cabo la administración y planificación de negocios. Por ejemplo, podemos ver su historia clínica para evaluar la atención que le proporcionó el personal del consultorio, sus médicos u otros profesionales de la atención de la salud.

Investigación: podemos usar o divulgar su información médica para proyectos de investigación, como el estudio de la efectividad de un tratamiento que recibió. Estos proyectos de investigación deben someterse a un proceso especial que protege la confidencialidad de su información médica.

Según lo exige la ley: su PHI puede usarse y divulgarse cuando lo exija otra ley a la que aún no se haga referencia en las categorías que anteceden; por ejemplo, si lo exige la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), para vigilar la seguridad de un dispositivo médico. También tenemos la obligación de proporcionar información al Programa de Indemnización por Accidentes de Trabajo del Estado (State Workers' Compensation Program) por lesiones relacionadas con el trabajo.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica: su PHI puede divulgarse a una autoridad gubernamental, lo que incluye un servicio social o una agencia de servicios de protección, que la ley autorice a recibir informes de abuso, abandono o violencia doméstica, si se cree razonablemente que usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.

Salud pública: también podemos comunicar determinada información médica a los fines de protección de la salud pública. Por ejemplo, tenemos la obligación de informar nacimientos, muertes y enfermedades contagiosas al Estado. También es posible que tengamos que informar problemas que el paciente tenga con medicamentos o productos médicos a la FDA, o podemos notificar a los pacientes sobre el retiro del mercado de productos que utilicen.

Seguridad pública: podemos divulgar información médica a los fines de la seguridad pública en circunstancias limitadas. Podemos divulgar información médica a funcionarios del orden público en respuesta a una orden de registro o una citación para presentarse ante un gran jurado. También podemos divulgar información médica para ayudar a funcionarios del orden público a identificar o encontrar a una persona, para procesar un delito de violencia, para informar muertes que se puedan haber producido por conducta criminal, y para informar una conducta criminal que se lleve a cabo en el consultorio. También podemos divulgar su información médica a funcionarios del orden público y otras personas para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad.

Actividades de supervisión de la salud: podemos divulgar información médica a una agencia gubernamental que supervise al consultorio o su personal, como el Departamento de Salud del Estado (State Department of Health), las agencias federales que supervisan a Medicare, la Junta de Examinadores Médicos (Board of Medical Examiners) o la Junta de Enfermería (Board of Nursing). Estas agencias necesitan información médica para vigilar el cumplimiento del consultorio con las leyes estatales y federales.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podemos divulgar información médica de pacientes fallecidos a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, para ayudarles a llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de órganos y tejidos: podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la donación o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Fines militares, de veteranos, de seguridad nacional y otros fines gubernamentales: si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos entregar su información médica que soliciten las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (*Department of Veterans Affairs*). El consultorio también puede divulgar información médica a funcionarios federales con fines de inteligencia y seguridad nacional, o a los servicios de protección presidencial.

Procedimientos judiciales: el consultorio puede divulgar información médica si se lo ordena un tribunal o si el consultorio recibe una citación o una orden de registro. Recibirá un aviso antes de esta divulgación en la mayoría de las situaciones, para que tenga la oportunidad de presentar una objeción a la divulgación de su información médica.

Usos y divulgaciones para los que se requiere su autorización: con excepciones limitadas, el consultorio debe obtener su autorización por escrito antes de que pueda divulgar su información médica en las siguientes circunstancias: (1) para divulgar notas de psicoterapia, (2) para llevar a cabo actividades de comercialización o (3) para vender su información médica a un tercero.

Información con protección adicional: determinados tipos de información médica cuentan con protección adicional en virtud de la ley estatal o federal. Por ejemplo, la información médica sobre enfermedades contagiosas y VIH/SIDA, y la información sobre la evaluación y el tratamiento de una enfermedad mental grave se trata de una manera diferente de otros tipos de información médica. Para estos tipos de información, el consultorio tiene la obligación de obtener su permiso antes de divulgar dicha información a otras personas en muchas circunstancias.

Otros usos y divulgaciones que requieren autorización: si el consultorio desea usar o divulgar su información médica con un fin que no se menciona en esta Notificación, el consultorio buscará obtener su autorización por escrito. Si usted otorga su autorización al consultorio, puede retirar dicha autorización en cualquier momento, salvo que ya nos hayamos basado en su autorización para usar o divulgar la información. Si alguna vez desea revocar su autorización, debe notificar al Gerente del Consultorio por escrito.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?

Derecho a solicitar su información médica: tiene derecho a consultar su propia información médica y obtener una copia de dicha información (la ley nos exige conservar el registro original). Esto incluye su historia clínica, su registro de facturación y otros registros que usamos para tomar decisiones sobre su atención. Para solicitar su información médica, debe escribir al consultorio. Las leyes federales y estatales permiten cobrar una tarifa razonable para cubrir los costos de copiar los registros de los pacientes. Se lo notificará de antemano el costo de realizar copias. Puede consultar su registro sin costo.

Derecho a solicitar la enmienda de información médica que considere errónea o incompleta: si usted examina su información médica y cree que parte de la información es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que enmendemos su registro. Para solicitarnos que enmendemos su información médica, debe escribir al Gerente del Consultorio.

Derecho a obtener una lista de divulgaciones de su información médica: tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que realicemos de su información médica. Si desea recibir dicha lista, debe escribir al Gerente del Consultorio. Le proporcionaremos la lista de forma gratuita, pero es posible que le cobremos por las listas adicionales que solicite durante el mismo año. Le informaremos de antemano lo que costará esta lista.

Derecho a solicitar limitaciones al modo en que el consultorio use o divulgue su información médica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud: tiene derecho a solicitar que el consultorio que no realice usos o divulgaciones de información médica para brindarle tratamiento, procurar el pago de su atención u operar el consultorio. En muchos casos, el consultorio no tiene la obligación de aceptar su solicitud de limitación; sin embargo, si lo hacemos, cumpliremos con dicho acuerdo. No obstante, el consultorio debe aceptar su solicitud de no divulgación a su plan de salud cualquier información médica sobre artículos o servicios que haya pagado por completo, salvo que se requiera dicha divulgación para brindar tratamiento o si lo exige la ley. Si usted no desea que el consultorio notifique a su plan de salud, debe notificarnos al momento en que se registre, y debe realizar los arreglos inmediatos para pagar la totalidad de su tratamiento o visita.

Derecho a revocar su autorización: puede revocar su autorización, su autorización para la comercialización o cualquier autorización obtenida por escrito en relación con su PHI, salvo que el consultorio o los profesionales de la salud hayan tomado medidas en función de esta autorización; para hacerlo, debe entregar al consultorio una declaración de revocación por escrito.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de la manera que usted considere más confidencial. Por ejemplo, puede solicitarnos que no lo llamemos a su hogar, sino que nos comuniquemos únicamente por correo. Para hacerlo, debe escribir al Gerente del Consultorio. Si usted lo solicita, también puede solicitar hablar con sus proveedores de atención de la salud en privado, sin estar en presencia de otros pacientes o familiares.

Derecho a obtener una copia impresa: si ha recibido esta Notificación por medios electrónicos, tiene derecho a obtener una copia impresa en cualquier momento. Puede descargar una copia impresa de esta Notificación de nuestro sitio web www.bhsphysiciansnetwork.com, o puede obtener una copia impresa de la Notificación del Gerente del Consultorio.

OBLIGACIONES DEL CONSULTORIO

El consultorio tiene la obligación por ley de proteger la privacidad de su información médica, darle esta Notificación de las prácticas de privacidad y respetar los términos de la Notificación que actualmente está en vigencia. El consultorio también tiene la obligación de notificarlo si se produce una violación de su información médica no asegurada.

¿QUÉ PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUEDAN COMPRENDIDOS DENTRO DE ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación de las prácticas de privacidad se aplica a BHS PHYSICIANS NETWORK, INC. y su personal, voluntarios, estudiantes y pasantes.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

De forma oportuna, podemos cambiar nuestras prácticas respecto del modo en que usamos o divulgamos la información médica de los pacientes o el modo en que implementaremos los derechos de los pacientes con respecto a su información. Nos reservamos el derecho a cambiar esta Notificación y hacer que las disposiciones de nuestra nueva Notificación entren en vigencia respecto de toda la información médica que conservamos. Si cambiamos estas prácticas, publicaremos una Notificación de las prácticas de privacidad revisada. Puede obtener una copia de nuestra Notificación de las prácticas de privacidad actual en cualquier momento; para hacerlo, comuníquese con el Gerente del Consultorio.

¿TIENE INQUIETUDES O QUEJAS?

Infórmenos sobre cualquier problema o inquietud que tenga respecto de sus derechos de privacidad o el modo en que el consultorio usa o divulga su información médica. Si tiene una inquietud, comuníquese con la Línea de Acción Ética (*Ethics Action Line*) al 1-800-8-ETHICS.

Si por algún motivo el consultorio no puede resolver su inquietud, también puede presentar una queja ante el Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (*Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services*). Si lo solicita, la Oficina de Privacidad y Seguridad (*Privacy and Security Office*) le proporcionará la dirección correcta del Director. No lo sancionaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera por presentar una queja ante el gobierno federal.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD

Corporate Compliance & Privacy Office
Tenet Healthcare
1445 Ross Avenue, Suite 1400
Dallas, Texas 75202
Correo electrónico: PrivacySecurityOffice@tenethealth.com
Ethics Action Line (EAL) 1-800-8-ETHICS