

Paquete de información del cliente

Fecha: _____

Sabemos que el papeleo no es divertido, pero muchas gracias por tomar el tiempo.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono móvil: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguridad Social: ____/____/____ Correo electrónico: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono o dirección: _____

POR FAVOR CUÉNTENOS - ¿CÓMO SUPÓ DE NOSOTROS?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Referencia de un médico (Dr _____) | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Amigo o familia | <input type="checkbox"/> Libro de cupones de Pearland's Best |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Nuestro sitio web | <input type="checkbox"/> Publicidad en una revista | <input type="checkbox"/> Otra publicidad |
| <input type="checkbox"/> Por Correo Postal | <input type="checkbox"/> Evento (ej. Senior Fest) | <input type="checkbox"/> Referencia en Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Condujo por nuestra oficina |
| <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado del empleo (Check) Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Retirado Empleado independiente

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor marque una

¿Auto pago? (Sin seguro) ¿Asegurado? (tiene seguro)

Por favor, proporcione una copia de su tarjeta de seguro si aplica.

PARA REGISTROS (USO DE OFICINA)

Ver copia adjunta de la tarjeta de seguro para la información del seguro

Seguro Primario: _____ Número de Póliza: _____

Seguro Secundario: _____ Número de Póliza: _____

Número de Medicaid: _____ Número de Referencia: _____

Médico de Atención Primaria: _____ ¿Ellos lo refirieron? Sí No

INFORMACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sus Síntomas: Marque todos los síntomas que le correspondan – ¡POR FAVOR lea cuidadosamente!

¿Por qué motivo está usted aquí hoy? _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida / Aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Salivación excesiva | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos / Fiebre | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Soplo |
| <input type="checkbox"/> Fatiga / Falta de energía | <input type="checkbox"/> Saciedad en el estómago | <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco anormal |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Vómito de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Calambres abdominales | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolor después de comer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Olvido |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Despertar inusual temprano en la mañana |
| <input type="checkbox"/> Producción de esputo | <input type="checkbox"/> Cambio en el ancho / diámetro de las heces | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Picazón / dolor rectal | <input type="checkbox"/> Micción incompleta |
| <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Micción frecuente |
| <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Movimientos intestinales dolorosos | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Comezón en la piel | <input type="checkbox"/> Heces en forma de listón | <input type="checkbox"/> Diabetes / problemas de azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sangre visible en las heces | <input type="checkbox"/> Moco / baba en las heces |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Movimiento intestinal incompleto | <input type="checkbox"/> Heces oscuras / alquitranadas |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Tiroídes baja | <input type="checkbox"/> Hinchazón abdominal |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Exceso de gases / hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Nauseas | <input type="checkbox"/> Rigididad de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Sequedad de la boca |
| <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Euctos excesivos | |
| <input type="checkbox"/> Acidez / Indigestión | <input type="checkbox"/> Mal aliento | |
| | <input type="checkbox"/> Ronquera | |
| | <input type="checkbox"/> Palpitación del corazón | |

Muy importante: Por favor responda Sí/No a lo siguiente

Sí No

1. ¿Alguna vez ha tenido problemas de presión arterial o del corazón?
2. Según su conocimiento, ¿tiene alguna alergia a algo? (Si es así, por favor anótelos abajo)

-
3. ¿Alguna vez ha tenido una operación en su vida? Por favor, explique abajo:
-

4. Por favor marque si toma algún medicamento, inyecciones o píldoras para lo siguiente:

Corazón Riñones Pulmones Diabetes Ojos Presión alta

5. ¿Usted fuma? (Si es así, ¿Cuántos paquetes al día? _____)

6. ¿Usted toma? (Si es así, ¿qué tan frecuente? _____)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____

Esta documentación se utiliza para que podamos obtener sus registros médicos de su médico actual o anterior. Usted tiene el derecho de rehusarse a firmar; sin embargo, si usted está de acuerdo con las opciones marcadas abajo, por favor firme para que nosotros podamos recibir información de su historial médico de sus otros médicos.

AVISO DE AUTORIZACIÓN

Este documento le autoriza a proporcionar una copia, resumen o narrativa de mi expediente médico según lo indicado por la(s) marca(s) de verificación a continuación o de otra manera dar cualquier información confidencial médica relevante.

- Registros de atención desde la fecha: _____ hasta _____
- Registros de la(s) siguiente(s) condición(es): _____
- Otro (por favor especifique): _____

VIH / Sida: Doy mi consentimiento para revelar cualquier resultado positivo o negativo de infección por VIH o SIDA, los anticuerpos por SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos.

(x) Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

LIBERAR A

Esta información puede ser revelada a la(s) siguiente(s) persona(s) / entidad:

Dr. N. Meah
109 Parking Way
Lake Jackson, TX
77566
Fax: (979)292-0488

Dr. U. Siddiqui
109 Parking Way
Lake Jackson, TX
77566
Fax: (979)292-0488

Yuni Hwang, AGNP
109 Parking Way
Lake Jackson, TX
77566
Fax: (979)292-0488

Familia / Cónyuge: _____
Otro (por favor rellene si es relevante): _____

Las razones o propósito de esta divulgación de información son los siguientes:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Entiendo que ustedes van a proporcionar esta información dentro de los 15 días desde la recepción de la solicitud y que una tarifa por el suministro de esta información puede ser cargada al paciente solicitante de acuerdo a las resoluciones establecidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas.

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación de la farmacia: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Por favor lea y marque todos los ítems

He llenado el paquete de información

He recibido y revisado mi paquete de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Este documento describe mis derechos como paciente.

He recibido y revisado el Aviso de las Políticas de Privacidad. Este documento describe cómo será usada mi información médica. Comprendo que es mi responsabilidad proporcionarle a este centro médico todas las referencias necesarias.

Yo he autorizado a esta entidad para recibir pagos de beneficios por servicios rendidos a mi persona. Cualquier información médica necesaria para determinar la elegibilidad o pagos de beneficios para procesar mis reclamos puede ser proporcionada. Entiendo que algunos servicios médicos que se consideren necesarios por mi médico no pueden ser considerados necesarios por mi compañía de seguros. En tales casos, es mi responsabilidad proporcionar el pago. Entiendo que algunos de los servicios pueden estar o no en la red.

Doy mi permiso para que este centro me examine y se le permita realizar cualquier prueba física o de laboratorio que se considere necesaria para mi tratamiento.

He leído y comprendo las notificaciones observables en las áreas de pacientes.

Comprendo que si mi médico no se encuentra disponible, seré atendido por un enfermero de práctica. Comprendo que los enfermeros de práctica (de aquí en adelante conocidos como NP's) no son médicos y son enfermeros registrados con entrenamiento especial avanzado que les permite funcionar por parte de mi médico. Comprendo que mi NP será observado por mi médico y que consiento a los servicios de un NP o asistente de médico como sea necesario para mis cuidados de la salud.

Comprendo que si así lo deseo, puedo rehusarme a tratamiento y servicios por parte de un enfermero de práctica y programar una cita con mi médico en vez.

Al firmar abajo, yo certifico que he recibido, revisado y comprendo la información leída anteriormente.

Firma de paciente:

Fecha:

Nombre de Representante Legal:

Relación con el Representante:

Este formulario es requerido legalmente, le pedimos disculpas por el papeleo extra.

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:

¿Actualmente se encuentra bajo una inyección contra la gripe? Sí No

¿Ha tenido su vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años? Sí No

Para mujeres únicamente

¿Se encuentra al día con su mamografía? Sí No

¿Tiene problemas de incontinencia urinaria? Sí No

¿Tiene osteoporosis? Sí No

¿Ha tenido exámenes de densidad de hueso? Sí No

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Háblenos de su historial familiar

¿Hijo fallecido? Sí No

¿Hija viva y sana? Sí No

¿Madre viva con problemas? Sí No

¿Madre fallecida? Sí No

¿Padre vivo con problemas? Sí No

¿Padre fallecido? Sí No



Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta práctica utiliza y emite información sobre usted para su tratamiento, para obtener pago por el tratamiento, por cuestiones administrativas y para evaluar la calidad del servicio que usted recibe. Esta notificación describe nuestras prácticas de privacidad. Usted puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Para más información sobre esta notificación o sobre nuestras prácticas y políticas de privacidad, por favor contacte a la persona listada debajo

Tratamiento, Pago, Operaciones de Cuidados de la Salud

Tratamiento

Se nos permite el uso y emisión de su información médica a aquellos involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, [su cuidado puede requerir la participación de un especialista. Cuando le referimos a un especialista, le compartiremos alguna o toda de su información médica al médico para facilitar su cuidado.] O

[El médico en esta práctica es un especialista. Cuando le brindamos tratamiento, puede ser que solicitemos que su médico de primeros cuidados nos comparta su información médica con nosotros. Además, le podemos brindar a su médico de cabecera información sobre su condición en particular para que él o ella pueda tratarle apropiadamente por cualquier otra condición médica, si hay alguna.]

Pago

Se nos permite utilizar y emitir su información médica para facturar y cobrar el pago por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos completar un formulario de reclamo para obtener pago de su aseguradora o HMO. El formulario contendrá información médica, tal como una descripción del servicio médico brindado, para que su aseguradora o HMO apruebe el pago a nosotros.

Operaciones de Cuidado de la Salud

Se nos permite utilizar o emitir su información médica con el propósito de operaciones del cuidado de la salud, las cuales son las actividades que apoyan la práctica y aseguran que la calidad del cuidado sea entregada. [Por ejemplo, podemos adjuntar los servicios de un profesional para ayudar a esta práctica en sus programas de conformidad. Esta persona revisará la facturación y expedientes médicos para asegurar que mantenemos nuestra conformidad con las regulaciones y la ley.] O

[Por ejemplo, podemos pedirle a otro médico que revise las tablas y registros médicos de la práctica para evaluar nuestro desempeño para asegurar que únicamente el mejor cuidado de la salud sea brindado por nuestra práctica.]

Divulgaciones que se pueden hacer sin su autorización

Existen situaciones donde se nos permite por ley emitir o utilizar su información médica sin su consentimiento escrito o sin oportunidad de objetar. En otras situaciones le solicitaremos su autorización previa escrita antes de utilizar o emitir cualquier información identificable de su salud. Si usted decide firmar la autorización de emitir información, usted puede luego revocar esa autorización,



por escrito, para detener usos y emisiones futuras. Sin embargo, cualquier revocación no aplicara a las divulgaciones o usos ya hechos o tomados basados en esa autorización.

Salud Pública, Abuso o Negligencia y Supervisión de la Salud

Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública son mandadas por gobiernos federales, estatales o locales para la colección de información sobre enfermedades, estadísticas vitales) como nacimientos y muertes o heridas por parte de una autoridad de salud pública. Podemos divulgar información médica, si autorizada por la ley, a las personas que pueden estar expuestas a una enfermedad o se encuentran en riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición. Podemos divulgar su información médica para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos o para notificar a las personas sobre retiros de productos que pueden estar utilizando.

Podemos divulgar información médica a una agencia pública autorizada para recibir reportes de abuso o negligencia de niños. La ley de Texas les requiere a los médicos reportar abuso o negligencia de niños. Las regulaciones también permiten la divulgación de información que reporta el abuso o negligencia de adultos mayores o los discapacitados.

Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para aquellas actividades autorizada por ley. Ejemplo de estas actividades son auditorias, investigaciones, aplicaciones de licencias e inspecciones, las cuales son todas actividades gubernamentales que se realicen para monitorear el sistema de cuidado de la salud y la obediencia con otras leyes tales como las leyes de derechos civiles.

Procedimientos Legales y Cumplimiento con la Ley

Podemos divulgar su información médica durante el transcurso de procedimientos judiciales o administrativos en respuesta a una orden de la corte o de otro procedimiento apropiado legal. Ciertos requerimientos se deben cumplir antes de la información sea divulgada.

Si es solicitado por parte de un oficial del orden público, podemos divulgar su información médica bajo circunstancias limitadas brindando que la información:

- Se emite mediante un proceso legal, como una orden o citación;
- Se relaciona a la víctima de un crimen y usted se encuentra incapacitado;
- Se relaciona a una persona que ha muerto bajo circunstancias que puedan ser relacionadas a una conducta criminal;
- Se trata de una víctima de un crimen y nos encontramos incapaces de obtener el consentimiento de la persona;
- Es liberada debido a que un crimen ha sucedido en estas instalaciones; o
- Es liberada para localizar a un fugitivo, persona desaparecida o sospechoso.

También podemos emitir información si creemos que la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza inminente a la salud o a la seguridad de una persona.



Compensación de trabajadores

Podemos divulgar su información médica como es requerido por la ley de compensación de trabajadores de Texas.

Reclusos

Si usted es un recluso o se encuentra bajo la custodia de oficiales de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución de corregimiento u oficial de la ley. Esta divulgación es permitida para permitirle a la institución brindarle con cuidados médicos, proteger su salud o la salud y seguridad de otros, o por la salud y seguridad de la institución.

Actividades Militares, de Seguridad Nacional e Inteligencia, Protección al Presidente

Podemos divulgar su información médica para funciones especializadas del gobierno tales como separación o descargo del servicio militar, solicitudes necesarias por parte de los oficiales militares de comando apropiados (si usted se encuentra en el ejército), seguridad nacional autorizada y actividades de inteligencia, al igual que actividades autorizadas para la provisión de servicios de seguridad para el Presidente de los Estados Unidos, otros oficiales de gobierno autorizados, o jefes de estado extranjeros.

Investigación, Donación de Órganos, Médicos Forenses, Médicos Examinadores y Directores de Funeraria

Cuando un proyecto de investigación y sus protecciones de privacidad han sido aprobados por un Concejo Institucional de Revisiones o concejo de privacidad, podemos divulgar información a investigadores para motivos de investigación. Podemos divulgar información médica a organizaciones de adquisiciones de órganos para el propósito de facilitar donaciones de órganos, ojos o tejido si usted es un donante. También, podemos divulgar su información médica a un médico forense o medico examinador para identificar una muerte o causa de muerte. Asimismo, podemos divulgar su información médica a un director de funeraria si tal emisión fuese necesaria para que este cumple con sus funciones.

Requerido por Ley

Podemos divulgar su información médica cuando la emisión sea requerida por ley.

Sus derechos bajo las regulaciones de privacidad federales



El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos crea regulaciones con el propósito de proteger la privacidad de los pacientes como es requerido bajo el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos. Estas regulaciones crean varios privilegios que los pacientes pueden ejercer. No tomaremos represalias en contra de un paciente que ejercite sus derechos HIPAA.

Restricciones Solicitadas

Usted puede solicitar que restrinjamos o limitemos como su información médica es utilizada o emitida para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho de no aceptar esta restricción, pero en el caso de que si lo aceptamos, cumpliremos con su solicitud excepto bajo circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, presente lo siguiente por escrito:

- a) La información a ser restringida
- b) Qué tipo de restricción está solicitando (por ejemplo, en el uso de la información, divulgación de la información, o ambos) y
- c) A quien aplican los límites. Por favor envíe esta solicitud a la dirección y persona listado debajo.

Usted puede también solicitar que limitemos la divulgación a miembros de la familia, otras relaciones o amigos cercanos personales que pueden estar o no involucrados en su cuidado.

Recibiendo Comunicaciones Confidenciales Mediante Medios Alternativos

Usted puede solicitar que envíemos comunicación de información de su salud protegida por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Esta solicitud debe ser hecha por escrito a la persona listada debajo; se nos requiere acomodar únicamente solicitudes razonables. Por favor especifique en su correspondencia exactamente como usted desea que nos comuniquemos con usted y si nos está dirigiendo a enviarlo a un lugar en particular, la información de contacto/ubicación.

Inspección y Copias de Información Médica Protegida

Usted puede inspeccionar y/o copiar información de salud que se encuentre designada dentro del registro establecido, la cual es información utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. La ley de Texas requiere que las solicitudes de copias sean hechas por escrito y le solicitamos que la inspección de su información de salud también sea por escrito. Por favor envíe su solicitud a la persona listada debajo.

Nos podemos rehusar a brindarle alguna de la información que solicite inspeccionar o copiar si la información:

- Incluye un nota de psicoterapia



- Incluye la identidad de la persona que brindo la información si fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad
- Es sujeto a las Enmiendas de Mejorías de Laboratorios CLINICAL de 1988
- Ha sido compilado en anticipación de litigación

Nos podemos rehusar a brindar el acceso a o a copias de alguna información por otras razones, siempre y cuando brindamos una revisión de nuestra decisión en su solicitud. Otro proveedor licenciado de cuidados médicos que no se ha involucrado en la previa decisión de denegar acceso realizará cualquier revisión de este tipo.

La ley de Texas requiere que estemos listos para proporcionar copias o una narrativa dentro de 15 días de su solicitud. Le informaremos cuando los registros se encuentran listos o si creemos que el acceso debe ser limitado. Si negamos el acceso, le informaremos por escrito.

HIPPA nos permite cobrar una cuota razonable. El Consejo del Estado de Texas de Médicos Examinadores (TSBME) ha puesto límites en las cuotas de las copias de registros médicos que bajo ciertas circunstancias sean menores al cobro permitido por HIPPA. En cualquier caso, la menor cuota permitida por HIPPA o la cuota permitida por TSBME será cobrada.

Enmiendas de Información Médica

Usted puede solicitar una enmienda a su información médica en el set de registros designado. Cualquier solicitud de este tipo debe ser completado por escrito a la persona listada debajo. Le responderemos su solicitud dentro de 60 días. Podemos rehusarnos a permitir una enmienda a la información si:

- No fue creada por la práctica o los médicos aquí en esta práctica
- No es parte del set de registros designado
- No se encuentra disponible para inspección debido a una denegación apropiada
- Si la información es correcta y completa

Aun si nos rehusamos a permitir una enmienda, a usted se le permite incluir una declaración de paciente sobre la información en cuestión en su registro médico. Si nos rehusamos a permitir la enmienda, le informaremos por escrito. Si aprobamos la enmienda, le informaremos por escrito, permitiendo la enmienda e informando a los demás que ahora tenemos la información incorrecta.

Contabilidad de Ciertas Divulgaciones

Las regulaciones de privacidad de HIPPA le permiten solicitar, y a nosotros a proporcionar, una contabilidad de las divulgaciones que sean para otros motivos que para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, o realizados mediante una autorización firmada por usted o su representante. Por favor entregue cualquier solicitud de contabilidad a la persona listada debajo. Para solicitudes adicionales dentro de ese periodo, se nos permite cobrar el costo de proporcionar la lista. Si hay un costo, se lo notificaremos y usted puede elegir retirar o modificar la solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento y otros Beneficios Relacionados a la Salud



Podemos contactarlo mediante [teléfono, correo o ambos] para brindarle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicio que le pueden ser de interés.

Quejas

Si usted se encuentra preocupado que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede contactar la persona listada debajo. También puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estado Unidos. No tomaremos represalia en su contra por presentar una queja con el gobierno o con nosotros. La información de contacto para el USDHH es:

U. S. Department of Health and Human Services
HIPPA Complaint
7500 Security Blvd., CA C5-24-04
Baltimore, MD 21244

Nuestra Promesa a Usted

Se nos requiere por ley y regulaciones proteger la privacidad de su información médica, de proporcionarle con este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud y de acatar los términos de notificación de las prácticas de privacidad en efecto.

Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes

Si usted tiene alguna pregunta o desea hacer una solicitud de acuerdo a los derechos descritos anteriormente, por favor contacte:

Moin Meah
109 Parking Way
Lake Jackson, TX 77566
Phone: 979-292-0033 X 110
Fax: 979-292-0488

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y esta notificación en cualquier momento y que esas políticas revisadas apliquen a toda la información médica protegida que mantenemos. Si o cuando cambiamos esta notificación, publicaremos la nueva notificación en la oficina donde pueda ser vista.

Digestive & Liver Center, PA

(Centro de Digestión e Hígado)

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Propósito:

Esta práctica tiene un deber legal, ético y moral de proteger los derechos de sus pacientes. Asimismo, nuestros pacientes tienen la responsabilidad de participar en su cuidado de una manera apropiada y responsable.

Política:

- La Notificación de Derechos y Responsabilidades del Paciente adjunta a continuación se encontrará permanentemente colocada en cada área de tratamiento, al igual que las salas de espera de esta instalación.
- Una copia de la Notificación de Derechos y Responsabilidades del Paciente le será proporcionada a cualquier paciente, miembro de familia o visitante cuando sea solicitado.
- Todos los empleados deben estar familiarizados con estos documentos desde su entrenamiento en el proceso inicial de orientación, al igual que continuamente en la educación dentro del servicio bajo la dirección del administrador de la oficina o cualquier designado.

Notificación de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Este documento tiene la intención de informar a nuestros pacientes sobre sus derechos y responsabilidades mientras se encuentran bajo cuidado médico. Hasta el punto en que sea permitido por la ley, los derechos del paciente pueden ser delineados por parte del paciente, hasta el punto en que sea permitido por la ley, al guardián del paciente, miembro familiar más próximo o persona legalmente autorizada si el paciente a) se ha adjudicado incompetente de acuerdo a la ley; b) se encuentra medicamente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto; c) es incapaz de comunicar sus deseos acerca del tratamiento; o d) es un menor de edad.

Si tiene alguna pregunta en relación a sus contenidos, por favor notifique a cualquier miembro del personal.

Derechos del Paciente

1. Acceso al cuidado. Usted será proporcionado con acceso imparcial a tratamiento y servicios dentro de la capacidad, disponibilidad y ley aplicable y regulación de esta práctica. Esto es sin importar raza, credo, sexo, origen nacional, religión, discapacidad, o fuente de pago del cuidado/servicios.
2. Respeto y dignidad. Usted tiene el derecho de cuidados y servicios considerados y respetuosos en todo momento y bajo cualquier circunstancia. Esto incluye reconocimiento de variables psicosociales, espirituales y culturales que pueden influir en la percepción de su enfermedad.
3. Privacidad y confidencialidad. Usted tiene el derecho, bajo la ley, a privacidad personal e informacional. Esto incluye el derecho a:
 - Ser entrevistado y examinado en un ambiente que asegure privacidad razonable.
 - Tener una persona de su propio sexo durante examinación física o tratamiento.
 - No permanecer sin bata ningún momento más de lo necesario para cumplir con los tratamientos/servicios.
 - Solicitar cambio a otra habitación de tratamiento si otro visitante se encuentra siendo injustificadamente molesto.
 - Contar con que cualquier discusión o consulta en relación al cuidado será conducido discretamente.
 - Contar con que todas las comunicaciones por escrito relacionadas al cuidado serán consideradas como confidenciales.
 - Los registros médicos sean leídos únicamente por profesionales directamente involucrado en el cuidado, aseguramiento de calidad y actividades o procesando reclamos de seguros. Ninguna otra persona tendrá acceso sin su autorización escrita.
4. Seguridad personal. Usted tiene el derecho a contar con seguridad razonable en cuanto a las instalaciones y el ambiente se refiere.
5. Identificación. Usted tiene el derecho a conocer la identificación y estatus profesional de cualquier persona proporcionando servicios y de cual médico o practicante es primariamente responsable por su cuidado.
6. Información. Usted tiene el derecho a obtener información completa y actualizada acerca de su diagnosis (hasta donde se tenga conocimiento), tratamiento y prognosis conocida. Esta información deberá ser comunicada en términos que sean de su entendimiento.
7. Comunicación. Si usted no habla o comprende el idioma predominante de la comunidad, deberá tener acceso a un interpretante. Esto es particularmente cierto cuando las barreras de lenguaje son un problema continuo.
8. Consentimiento. Usted tiene el derecho a la información que le habilita, en colaboración con un médico, a tomar decisiones sobre el tratamiento.
 - Las discusiones de consentimiento incluyen la explicación de la condición, riesgos y beneficios del tratamiento, al igual que las consecuencias de ningún tratamiento.
 - Usted no será sujeto a ningún procedimiento sin antes dar consentimiento voluntario, competente y escrito.

- Usted será informado si la práctica propone participar en investigación o proyectos experimentales que afecten su cuidado o servicios. Es su decisión no tomar parte, pero usted continuara recibiendo el cuidado más efectivo que la práctica proporciona igualmente.
9. Consulta. Usted tiene el derecho de aceptar o rehusar cuidado médico hasta el punto en que sea permitido por ley. Si, sin embargo, el rehusarse del tratamiento previene proporcionarle el cuidado apropiado de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, su relación con esta práctica puede ser terminado bajo previo aviso razonable.
 10. Cargos. Sin importar la fuente del pago por cuidados proporcionado, usted tiene el derecho de solicitar y recibir explicaciones detalladas y por ítems de cualquier servicio facturado. Cuando un paciente es evaluado en la oficina, usted recibirá un cobro por el servicio del médico. Sin embargo, si usted recibe un cobro (por ejemplo: un procedimiento endoscópico) que sea realizado en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio o cualquier otra entidad, además del cobro del médico, usted será responsable por la "Cuota de Instalaciones". La Cuota de Instalaciones es una cuota cobrada por el lugar donde se realiza un procedimiento quirúrgico que cubre enfermería, materiales, etc. Por favor no confunda esto con el cobro del médico.
DIVULGACIÓN IMPORTANTE: El Dr. Meah tiene interés como propietario en el Centro de Digestión e Hígado, P.A. y la entidad del Centro Ambulatorio Quirúrgico, es decir, el Centro de Endoscopía. Es su derecho rehusarse a recibir tratamiento en cualquiera de estas entidades. En cualquier momento, ya sea una o dos de estas entidades pueden o pueden no ser un proveedor partícipe de su compañía aseguradora. Si usted tiene alguna duda sobre este aspecto, por favor notifíquenos previamente.
 11. Reglas y regulaciones. Usted será informado de las reglas y regulaciones de práctica concernientes a su conducta como paciente en estas instalaciones. Usted está intitulado a la información sobre la iniciación, revisión y resolución de las quejas de los pacientes.
 12. Tiempo de servicio/espera. Nos esforzamos para brindarle el servicio de la manera más rápida posible. Mantenemos la máxima atención hacia su tiempo. Sin embargo, debido a la naturaleza de la medicina, llamadas de emergencia, pacientes de hospital que a veces necesitan cuidados o procedimientos urgentes, puede ser que nos encontremos atrasados debido a circunstancias fuera de nuestro control. En debidos casos, por favor permítanos a reprogramarle y conversar con nuestro agente de mostrador sin más espera.

Responsabilidades del Paciente

1. Mantenernos adecuadamente informados. Usted tiene la responsabilidad de brindarnos, a lo mejor de su conocimiento, información correcta y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y demás aspectos relacionados a su salud, incluyendo cambios inesperados en su condición.
2. Siga su plan de tratamiento. Usted es responsable por seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico. Esto puede incluir seguir instrucciones del personal de

cuidado de la salud mientras estos siguen el plan coordinado e implementan las órdenes del médico y mientras hacen cumplirlas reglas y regulaciones aplicables.

3. Mantenga sus citas. Usted es responsable de mantener sus citas y cuando no se encuentra capaz de hacerlo por alguna razón, de notificar a esta práctica.
4. Tome la responsabilidad por incumplimiento. Usted es responsable de sus acciones si no sigue las instrucciones del médico. Si no puede cumplir con el plan de tratamiento prescrito, usted es responsable de informarle al médico.
5. Ser responsable por sus obligaciones financieras. Usted es responsable de asegurarse que las obligaciones financieras de los servicios y cuidados de la salud sean cumplidos tan pronto como sea posible y por brindar información actualizada del seguro. Esto incluye pero no se encuentra limitado a: su parte del pago, deducibles, copagos, contactar a su compañía aseguradora cuando sea necesario por nuestra parte.
6. Ser considerado de los demás. Usted es responsable de ser considerado de los derechos de otros pacientes y personal y de asistir en el control de la bulla, fumado y el número de visitantes. También es responsable de ser respetuoso de la propiedad de la práctica al igual que la propiedad de otros cuando visita la práctica.
7. Ser responsable de las decisiones de estilo de vida. Su salud depende no solo en el cuidado brindado en estas instalaciones, sino también en las decisiones a largo plazo que usted tome en la vida diaria. Usted es responsable de reconocer los efectos de estas decisiones sobre su salud.
8. Si el patrón de su queja original cambia o nuevos problemas gastrointestinales surgen o si usted ha olvidado mencionar algún problema existente. Su responsabilidad será de notificarnos lo más pronto posible sobre su nuevo problema. Si usted olvido mencionar algún problema existente y lo recordó mas adelante, por favor notifíquenos lo más pronto posible.
9. Reconocer la limitación humana en el cuidado de la salud. Hacemos lo mejor para brindarle el mejor cuidado dentro del alcance existente y disponible de la tecnología médica. Su responsabilidad yace en comprender y reconocer las limitaciones de la capacidad humana y la limitación de cualquier examen médico y tecnología con respecto a la diagnosis y tratamiento.
10. Consecuencias de rehusarse al tratamiento. Como paciente, usted tiene el derecho de rehusarse al tratamiento o recomendación médica. Si así lo decide, como paciente, usted tiene la responsabilidad de informarnos de esto y de discutir las consecuencias.
11. Conducta cortes/cortesía empresaria. En su relación con esta oficina, esperamos respeto y cortesía mutua. Esto aplica a cualquier tipo de comunicación. Si usted percibe que alguien en nuestra oficina está violando esto, por favor repórtelo inmediatamente.
12. Política de llamadas después de la hora. Adjunto, por favor lea y siga la política de después de la hora.

Aceptamos llamadas legítimas/esenciales de nuestros pacientes a cualquier hora. Sin embargo, por favor sea consciente y cortes a su proveedor cuando llama después de las horas o en los fines de semana. Por favor sea considerado a sus familias y su tiempo al cumplir con esto. El propósito de la política es:

- A. Brindar el cuidado de mejor calidad a los pacientes que verdaderamente necesitan el servicio y por tanto para enfocarse en el servicio apropiado de teléfono.
- B. Para concientizar a nuestros pacientes del hecho de que la disponibilidad después de horas y en los fines de semana es intencionado únicamente para las situaciones que no pueden esperar al siguiente día laboral. Al hacer esto, también queremos que usted reconozca el hecho de que los doctores y demás proveedores también son seres humanos como usted. Ellos necesitan tiempo para sus familias al igual que cualquier otro. Por favor utilice las siguientes directrices al llamarnos después de horas laborales o en los fines de semana:
 1. Si usted siente que se encuentra en una situación que es una emergencia o amenazante a su vida, por favor no intente de llamar a su proveedor. Puede constarle tiempo innecesario, lo cual es muy crítico en estas circunstancias. Sin retrasos, por favor llame al 911 y vaya al hospital más cercano inmediatamente.
 2. Le solicitamos formalmente que sea respetuoso y cortes a la familia, vida personal y privada de su doctor/medico asistente. Esto significa que por favor no los llame para pedidos rutinarios como una prescripción o resultados de laboratorio/biopsias, lo cual puede esperar al siguiente día laboral.
 3. Si usted necesita conversar con su médico/médico asistente sobre alguna materia que legítimamente no puede esperar o si tiene alguna pregunta sobre procedimiento, preparación de endoscopia, o si considera que tiene alguna complicación relacionada al procedimiento, por favor llámenos.
 4. A pesar de que por el momento no contamos con un costo adicional por el servicio de llamadas, nos reservamos el derecho a tenerlo en cualquier momento sin notificación previa.

Centro de Digestión e Hígado, P.A.
Formulario de Liberación de Registros Médicos

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____

Esto le autoriza a proporcionar una copia, resumen o narrativa de mis registros médicos (como lo indica la(s) marca(s) a continuación) o de lo contrario revelar información confidencial.

Registro completo

Registros de atención desde la fecha: _____ hasta _____

Registros concernientes a las siguientes condiciones: _____

Otro, Por favor especifique: _____

Consulte verbalmente con la(s) persona(s) que se enlistan a continuación acerca de mi información médica:

VIH / Sida: Doy mi consentimiento para revelar cualquier resultado positivo o negativo de infección por VIH o SIDA, los anticuerpos por SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos.

Inicial: _____ Fecha: _____

Esta información puede ser revelada a la(s) siguiente(s) persona(s) / entidad:

Nilzam Meah, M. D. 109
Parking Way
Lake Jackson, TX 77566

Familia / Cónyuge (nombre): _____

Otro (por favor llenar) _____

Las razones o propósito de esta divulgación de información son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Padre o Tutor (si aplica)

Entiendo que ustedes van a proporcionar esta información dentro de los 15 días desde la recepción de la solicitud y que una tarifa por el suministro de esta información puede ser cargada al paciente solicitante de acuerdo a las resoluciones establecidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas.

IMPRIMIR

Visite nuestro sitio web www.YourGICenter.com



Divulgación de información financiera previa al procedimiento

Gracias por elegir el Centro G.I. para sus necesidades de endoscopia.

Aquí en el Centro G.I., existen 2 instalaciones bajo un mismo techo: El Centro de Digestión e Hígado (Digestive & Liver Center) y el Centro de Endoscopía (The Endoscopy Center). Cada instalación opera independientemente y provee servicios para dos necesidades distintas.

El día de su procedimiento, usted entrará al Centro de Endoscopía, que se encuentra ubicado bajo el Centro G.I. Este centro proporciona servicios de Colonoscopía y procedimientos de Esofagogastroduodenoscopía (EGD). El Centro de Endoscopía y el Centro de Digestión e Hígado son dos entes separados. Por lo tanto, usted recibirá facturas diferentes y Explicaciones de Beneficios (E.O.B.) de su compañía de seguros y de nuestra parte con respecto al (los) procedimiento (s).

Si usted tiene seguro, en la mayoría de circunstancias le completaremos su reclamación de seguro como una cortesía hacia usted. Usted debe comprender, sin embargo, que su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. El pago a nosotros es su responsabilidad luego de que su compañía aseguradora ha procesado el reclamo.

Existen 4 áreas distintas de donde usted será cobrado luego de su procedimiento:

- **Digestive & Liver Center, PA (Centro de Digestión e Hígado)**, le facturará por los servicios profesionales de un médico, los cuales serán proporcionados durante su procedimiento.
- **The Endoscopy Center (Centro de Endoscopía)**, le facturará desde Meah ASC Management, LLC para el uso de las instalaciones para completar el procedimiento. El cargo de esta entidad es similar a lo que cualquier hospital le cobraría a un paciente por el uso de su hospital.
- **Laboratory/Pathology Center (Centro de Laboratorio/Pathología)** le podría cobrar si cualquier biopsia es tomada durante su procedimiento y enviado a ellos para evaluación. Si no se toma ninguna biopsia, no será cobrado por ninguna compañía de laboratorios.
- **Anesthesiologist (Anestesiólogo)** puede ser requerido para su procedimiento. No todos los pacientes lo requieren, su proveedor discutirá la necesidad de la presencia de un anestesiólogo antes de que se conforme la cita de su procedimiento. El anestesiólogo le facturará por separado por ofrecer sus servicios en el momento del procedimiento.

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo será facturado luego de su procedimiento, por favor discútalo anteriormente a tener el procedimiento. Nos complacerá discutir su tratamiento propuesto y contestarle cualquier pregunta acerca de su seguro. Si usted decide o necesita cancelar su cita, entonces por favor notifíquenos 24 horas con anterioridad o será cobrado \$50. Si necesita más información puede llamar al número de la oficina marcando el 979-292-0033. El día de su procedimiento le recomendamos dejar la mayoría de sus objetos de valor, pero por favor



traiga consigo el pago requerido para el procedimiento. Si así lo escoge, puede traer únicamente un cheque para Meah ASC Management, orden de dinero o su tarjeta de crédito. Se esperará que usted tenga una persona para conducirlo a casa luego del procedimiento y esa persona podría sostener sus pertenencias durante el procedimiento.

Autorización:

He leído y acepto los términos y condiciones indicados anteriormente y conozco que tengo una decisión donde elijo que se realice el procedimiento. Mediante la presento autorizo la emisión de mi información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro y solicitar el pago de mis beneficios a Meah ASC Management. Comprendo que soy financieramente responsable al centro por cualquier deducible, copia o co-seguro no cubierto por mi compañía aseguradora como lo indica el Departamento de Servicios de Salud de Texas.

Nombre Escrito

Firma