

# INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Numero: (512) 807-3150  
Al numero gratuito: (888) 816-1614  
Fax: 512-807-3399  
www.tcaheart.com



Fecha: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Alternativo/PO Box: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal : \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social : \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Hembra  
Numero Hogar: \_\_\_\_\_  
Numero Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Médico de Referencia  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Numero: \_\_\_\_\_

## Estado Civil

Soltero  Divorciado  
 Casado  Viudo

## ¿Cómo se enteró acerca de nuestra práctica

Medico de referencia  Revista  
 Television  Radio  Otro

## Estado del Empleado

Empleado Empleador \_\_\_\_\_  
 Desempleados Ocupación \_\_\_\_\_  
 Retirado

## ¿Le gustaría una copia de los informes enviados a su médico de

Atención Primaria?  Si  No

## Médico de Atención Primaria

El Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Numero: \_\_\_\_\_

## Información de la persona que garantiza:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## Información sobre su seguro:

Seguro Principal o primario: \_\_\_\_\_ Seguro secundario: \_\_\_\_\_  
Póliza/ Identificacion de Miembro: \_\_\_\_\_ Póliza/ Identificacion de Miembro: \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

## En Caso de Emergencia: (Por favor contactar)

Nombre: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

La persona designada asigna a St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia todos los derechos, títulos e interés en cualquier pago a el paciente y/o servicios médicos, servicios, o equipo descritos en cualquier póliza de seguro medico o información dada por St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia. El paciente entiende que este acuerdo no elimina o afecta en cualquier forma la obligación de el paciente para pagar St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia por los servicios y equipo, incluyendo, pero no limitado a copagos o deducibles requeridos por su póliza de seguro o plan medico.

Firma del Paciente/Fecha

### Liberacion de Informacion Medica

El paciente autoriza la información sobre cualquier reporte medico, inclusive los resultados de estudios y otra información pertinente adquirida durante su tratamiento a el medico tratante cuando sea necesaria. Acepto que una fotocopia de esta autorización sea considerada efectiva y valida.

Firma del Asegurado y Fecha

Firma de Testigo y la Fecha

## Financiero y la Póliza de Seguros

Gracias por escoger *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* para sus servicios de salud.

La cobertura es considerada por *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* como un acuerdo entre el paciente, la compañía de seguros, y el empleador, en su caso. *St. David's Cardiology d.b.a. Texas Cardiac Arrhythmia* no es parte en ese acuerdo y en consecuencia no esta obligado por cualquiera de los convenios, limitaciones, o restricciones de esa política.

Como un servicio a nuestros pacientes, a presentar reclamaciones de seguros por los servicios prestados. Facturas detalladas se proporcionara a usted por esos servicios bajo petición. La provision de seguros no libera al paciente de la responsabilidad de los gastos por los servicios que han sido proporcionados.

Todos los gastos incluyendo los servicios no cubiertos, deducibles, y co-pagos, deberan pagarse en la fecha de servicio a menos que otros arreglos de pago han sido hechas con anticipacion.

Si usted tiene seguro medico, usted es responsable de:

- Verifique con su compania de seguros que los servicios realizados o propuestos por nuestra oficina estan cubiertos por su plan individual. Sugerimos que usted se ponga en contacto con el servicio de atencion al cliente. El numero de telephone que aparece en su tarjeta de seguro medico antes de ser visto en nuestra oficina.
- Obtenga autorizaciones o referencias requeridas por su compania de seguros.
- Pague nuestra oficina por cualquier deducible, co-pago o cargos no cubiertos.

A menos que acuerdos especificos se han hecho de antemano para una extension de tiempo, cargos por servicios no cubiertos por el seguro son debidos a la recepcion de la declaracion de paciente. Los pacientes sin recursos financieros suficientes para pagar pueden ser elegibles para Ayuda al Paciente. Si usted tiene necesidades especiales, por favor pongase en contacto con la oficina de facturacion al 512.206.4300 opcion 1 para obtener Consejero Financiero o Representante Paciente de Cuenta para la ayuda.

Si usted no tiene cobertura de seguro medico:

- Pago de la consulta y todos los servicios diagnosticos se espera antes que el servicio es proporcionado.
- Usted recibirá una estimación de cargas quirúrgicas propuesta y será esperado contactar nuestra oficina del negocio para hacer arreglos financieros convenientes antes de su procedimiento.
- Si recibio tratamiento por uno de nuestros medicos en casos de emergencia, por favor, pongase en contacto con la oficina de facturacion al 512.406.4300 opcion 1 para hablar de sus acuerdos financieros tan pronto como sea possible.

Los pacientes sin seguro de salud son elegibles para un descuento del 35% en la tarifa estandar cuando se paga en su totalidad al momento del servicio.

Planes de financiacion estan disponibles para ayudar a los pacientes con los deducibles, co-seguros, y servicios no cubiertos. Estos planes ofrecen opciones flexibles de financiacion para incluir la financiacion sin interes, opciones de pago mensual minimos y un proceso de aprobacion inmediata para los solicitantes calificados. Para obtener informacion adicional sobre las opciones de financiacion, por favor, pongase en contacto con nuestra oficina de facturacion al 512.206.4300 opcion 1.

Declaraciones que muestran el estado de su cuenta se envian mensualmente. *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* esta preparado para aconsejar cualquier paciente que experimenta dificultades para cumplir con las obligaciones de pago. Si no puede hacer el pago a su vencimiento, por favor, pongase en contacto con la oficina de facturacion al 512.206.4300 opcion 1.

Las cuentas no pagadas dentro de los 45 dias siguientes a la recepcion comunicado estan sujetas a la colocacion con una agencia de coleccion exterior.

En caso de recibir un cheque devuelto, una cuota de \$35.00 se cargara a su cuenta y pago en su totalidad debido a la recepcion de su estado de cuenta.

Porfavor de confirmar la comprension y aceptacion de St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia Politica Financiera y Seguros al firmar a continuacion.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento



### Historia Clínica

SI HAN PASADO MAS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA, POR FAVOR LLENE EL HISTORIAL MÉDICO COMPLETO \*SI HAN PASADO MENOS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA, POR FAVOR ACTUALICE LAS ÁREAS EN LAS QUE HAN HABIDO CAMBIOS\*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Visita \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Sexo  Femenino  Masculino Médico Primario o de Cabecera \_\_\_\_\_

.....

#### SU HISTORIAL MÉDICO

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Artritis               | <input type="radio"/> Estenosis Carotídea                   | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal   |
| <input type="radio"/> Fibrilación Auricular  | <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca                | <input type="radio"/> Ataque al Corazón   |
| <input type="radio"/> Anemia                 | <input type="radio"/> Trastornos de la Coagulación          | <input type="radio"/> Enfermedad Arterial Periférica (EAP)  |
| <input type="radio"/> Angina                 | <input type="radio"/> Enfermedad de las Arterias Coronarias | <input type="radio"/> Apnea del Sueño   |
| <input type="radio"/> Arritmia               | <input type="radio"/> Diabetes                              | <input type="radio"/> Derrame Cerebral/AIT  |
| <input type="radio"/> Asma                   | <input type="radio"/> Soplo Cardíaco                        | <input type="radio"/> Desmayos (pérdida de conciencia)  |
| <input type="radio"/> Cáncer _____           | <input type="radio"/> Colesterol Alto                       | <input type="radio"/> Trastornos en la Tiroides <input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Alta |
| <input type="radio"/> Miocardiopatía         | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta                 | <input type="radio"/> Coágulos en las Venas o Pulmones  |
| <input type="radio"/> EPOC/Enfisema Pulmonar | <input type="radio"/> VIH/SIDA                              | <input type="radio"/> Problemas en el Hígado/Hepatitis <b>ABC</b>                                     |
| <input type="radio"/> Aneurisma              | <input type="radio"/> Depresión                             | <input type="radio"/> Ansiedad  |
| <input type="radio"/> _____                  | <input type="radio"/> _____                                 | <input type="radio"/> _____   |

.....

#### Historial Quirúrgico

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Reparación de AAA   | <input type="radio"/> Colocación de Stent en la Carótida                                      | <input type="radio"/> Colocación de Stent en Arterias Periféricas                                       |
| <input type="radio"/> Ablación Cardíaca   | <input type="radio"/> Angioplastia Coronaria  | <input type="radio"/> Reparación de Válvula/Reemplazo   |
| <input type="radio"/> Reparación de DSA   | <input type="radio"/> DCI (Desfibrilador Cardioversor Implantable)                            | <input type="radio"/> Reparación de DSV   |
| <input type="radio"/> Cirugía Coronaria Bypass  | <input type="radio"/> Marcapasos  | <input type="radio"/> Cardioversión   |
| <input type="radio"/> Vesícula  | <input type="radio"/> Histerectomía   | <input type="radio"/> Cesárea   |
| <input type="radio"/> Amígdalas /Adenoides  | <input type="radio"/> Fractura _____  | <input type="radio"/> Vasectomía  |
| <input type="radio"/> Cirugía del Túnel Carpiano  | <input type="radio"/> Cataratas <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha | <input type="radio"/> Reemplazo de Cadera <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha |
| <input type="radio"/> Reemplazo de la Rodilla <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha | <input type="radio"/> _____   | <input type="radio"/> Cirugía en la rodilla _____   |
| <input type="radio"/> Apendicectomía  | <input type="radio"/> _____   | <input type="radio"/> _____   |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....  
**Historia Clínica Familiar**

		Fibrilación Auricular	Enfermedad de las Arterias Coronarias	Trastornos Sanguíneos	Diabetes	Ataque al corazón	Enfermedad del Corazón	Insuficiencia Cardíaca	Colesterol Alto	Presión Arterial Alta	Derrame Cerebral	Otro
Parentesco	Vivo o fallecido											
Madre												
Padre												
Hermano												
Hermana												

ADOPTADO (A)  HISTORIAL FAMILIAR DESCONOCIDO

.....

**TEXAS CARDIAC ARRHYTHMIA FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.**

\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio, que describe las formas en que el consultorio/la clínica podrá usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el prestador o por sus socios comerciales. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

**Divulgación a amigos y/o miembros de la familia**

**¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA O A OTRA PERSONA CON QUIEN EL PRESTADOR PODRÁ ANALIZAR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?**

Doy permiso para que mi información protegida de salud sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y a otras personas que se indican a continuación:

	Nombre	Vínculo	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica, y tal revocación o modificación deberá hacerse por escrito.

**Consentimiento para fotografiar o realizar otras grabaciones para operaciones de seguridad y/o atención médica**

**Brindo mi consentimiento** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, o para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente y/o por razones de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad). Entiendo que la clínica conservará los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán protegidas y guardadas de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que estoy identificado no serán divulgadas ni utilizadas sin una autorización específica por escrito mía o de mi representante legal, a menos que esté de otro modo permitido o sea exigido por ley.

**-O-**

**No brindo mi consentimiento** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, ni para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente o de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad).

**Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica:**

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Los pacientes de nuestro consultorio/nuestra clínica podrán ser contactados por correo electrónico, llamadas a su teléfono celular (incluidos mensajes pregrabados/de voz artificial y/o llamadas de un dispositivo de marcación automática) y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para recibir comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para recibir recordatorios/información general sobre salud. Si en algún momento, usted proporciona una dirección de correo electrónico, un número de teléfono celular, una dirección o un número para mensajes de texto, a continuación, usted entiende que podrá recibir estas comunicaciones del consultorio/de la clínica. Usted podrá rechazar estas comunicaciones en cualquier momento (consultar la página siguiente). El consultorio/la clínica no cobra por este servicio, pero se podrán aplicar las tarifas de mensajes de texto estándar o de minutos de teléfono celular, según los brinde su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer planes y detalles sobre precios).

**Autorizo** para recibir mensajes de texto con recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es y **el número de teléfono celular que es** \_\_\_\_\_.

**Autorizo** para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/comentarios/información general sobre salud y **el correo electrónico que es** \_\_\_\_\_.

**-O-**

**No acepto** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por mensajes de texto.

**No acepto** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación a través de llamadas al teléfono celular.

**No acepto** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por correo electrónico.

**Nota:** Esta clínica usa una Historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que usted acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia en todas nuestras clínicas afiliadas que compartan una historia clínica electrónica con la que usted esté relacionado.

**Divulgación de información.**

Por medio del presente, permito que el consultorio/la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relativa a servicios anteriores prestados por otros prestadores afiliados a HCA podrá ponerse a disposición de posteriores prestadores afiliados a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica podrá ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de realizar pagos en nombre del paciente, con el fin de verificar la cobertura o aclarar preguntas acerca de los pagos, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados estén relacionados con una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas del enfermero, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos por abuso de drogas y alcohol, y resúmenes de alta médica.
- Las leyes federales y estatales podrán permitir que este centro participe en organizaciones con otros prestadores de atención médica, compañías aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades compartan mi información de atención médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis historias clínicas, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad, y otros propósitos permitidos por ley. Entiendo que este centro podrá ser miembro de una o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea, tales como VIH y SIDA.

**Retiro de órdenes de recetas.** Es posible que algunas veces necesite que un amigo o familiar retire una orden de receta (comprobante) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, será necesario contar con un registro de su nombre. Para que se le entregue el comprobante de la receta, la persona designada por usted deberá firmar y presentar una identificación válida con fotografía.

**Deseo** \_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) designar a la siguiente persona para que retire una orden de receta en mi nombre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**No deseo** \_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) designar a nadie para retirar mi orden de receta.

**Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre (en letra imprenta) del paciente/padre/tutor/representante del paciente** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente (en letra imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

.....

**Solo si ha brindado previamente su consentimiento para recibir comunicación por mensaje de texto/llamada a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar el consentimiento Rechazo/Revocación de comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto o llamadas a teléfono celular. En otras palabras, no deseo que mi dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil se sigan utilizando para las comunicaciones mencionadas anteriormente.**

\_\_\_ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general por **mensajes de texto.**

\_\_\_ Por este medio, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general mediante **llamadas a teléfono celular.**

\_\_\_ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios y salud en general a través de **correo electrónico.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Consentimiento General Para el Cuidado y Tratamiento Medico

*Para el Paciente: Usted tiene el derecho , como paciente , a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico , médico o de diagnóstico recomendado para ser utilizado de modo que usted pueda tomar la decisión de si debe o no someterse a cualquier tratamiento o procedimiento propuesto , después de conocer los riesgos y peligros involucrado. En este punto de su cuidado, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición (s) identificada.*

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar razonables y necesarios exámenes médicos, pruebas y tratamiento. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) usted tiene la intención de que este consentimiento es de naturaleza continua, incluso después de un diagnóstico específico se ha recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá totalmente efectiva hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento para interrumpir los servicios.

Usted tiene el derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si usted tiene alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su profesional de la salud, le animamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico, y/o mediadores proveedor de nivel (médico de la enfermera, ayudante del médico, o especialista clínico de la enfermera), y otros proveedores de atención médica o las personas designadas como se considere necesario, para efectuar el examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para el condición que me ha traído a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos y de intervención, se me pedirá que lea y firme los formularios de consentimiento adicional antes de la prueba (s) o procedimiento (s).

Certifico que he leído y entendido completamente los párrafos anteriores y consentimiento total y voluntario a su contenido.

---

**Firma del Paciente o Representante Personal**

---

**Fecha**

---

**Nombre Impreso del Representante de Pacientes o Personal**

---

**Relación con el Paciente**

---

**Nombre Impreso del Testigo**

---

**Título del Empleado**

---

**Firma del Testigo**

---

**Fecha**



## Texas Cardiac Arrhythmia

### AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 23 de septiembre de 2013

:

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor comuníquese con el Funcionario de Privacidad del centro marcando al número de teléfono principal del centro.

En cada ocasión que visite el hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se genera un expediente de su visita. Generalmente, este expediente contiene sus síntomas, exploración y resultado de exámenes, diagnósticos, tratamiento, un plan para atención o tratamiento en el futuro e información relacionada con la facturación de sus cuentas. Este aviso aplica para todos los expedientes que se generen en el centro, ya sean generados por el personal del centro, los representantes del mismo o su médico personal. Su médico personal podría tener políticas o avisos diferentes con respecto al uso y divulgación que el médico haga de su información médica generada en el consultorio o clínica del médico.

#### **Nuestras responsabilidades:**

Nos encontramos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica, proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad y de notificarle en caso de que ocurra una violación a la información médica protegida que no esté garantizada. Nosotros cumpliremos con los términos de este aviso.

#### **Usos y divulgaciones:**

##### **Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted.**

Las siguientes categorías describen ejemplos de las formas en las que usamos y divulgamos la información médica:

**Para tratamiento:** Nosotros podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamientos o servicios. Nosotros podremos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras(os), personal técnico, estudiantes de medicina u otros integrantes del personal del centro que participen en su atención en el centro. Por ejemplo: es posible que un médico que lo atienda por una pierna rota necesite saber si tiene diabetes, porque esta enfermedad puede hacer que el proceso de curación sea más lento.

Diferentes departamentos de este centro también pueden compartir información médica sobre usted con la finalidad de coordinar diferentes cosas que usted pueda necesitar, tales como prescripciones, trabajo de laboratorio, comidas y rayos X. Nosotros podremos proporcionar a su médico o a un proveedor de servicios de salud copias de varios reportes que podrían ayudarle a brindar el tratamiento después de que le den de alta en este centro.

**Para los pagos:** Nosotros podríamos usar y divulgar la información médica sobre su tratamiento y sus servicios para facturar y cobrar los pagos ya sea a usted, a su aseguradora o a un tercero encargado del pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar información sobre usted a su aseguradora acerca de su cirugía para que ellos nos paguen o le reembolsen el costo del tratamiento. También podríamos informar a su plan médico acerca del tratamiento que recibirá para determinar si su plan lo cubre o no.

**Para operaciones de atención médica:** Los integrantes del personal médico y/o el equipo de mejoramiento de la calidad podrían usar la información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares. Los resultados entonces se utilizarán para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención para todos los pacientes que atendemos. Por ejemplo, podríamos combinar la información médica de muchos pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamiento. Podríamos divulgar la información a los médicos, las enfermeras o los estudiantes de medicina para fines educativos. Y podríamos combinar la información médica que tenemos con aquella de otros centros para ver

en dónde podemos mejorar. Podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de información médica a fin de proteger su privacidad.

**Recaudación de fondos:** Podríamos comunicarnos con usted para recaudar fondos para el centro; sin embargo, usted tiene el derecho a elegir no recibir tales comunicados.

También podríamos usar y divulgar la información médica:

- ◆ Para recordarle que tiene una cita para atención médica;
- ◆ Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios;
- ◆ Para comentarle acerca de posibles alternativas de tratamiento;
- ◆ Para comentarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud;
- ◆ Para actividades sociales relacionadas con el mejoramiento de la salud o la reducción de costos de atención médica;
- ◆ Para llevar a cabo programas de capacitación o evaluar la competencia de los profesionales de atención médica; y
- ◆ Para una base de datos de elegibilidad para Medicaid y base de datos de elegibilidad para el Programa de seguro médico para los niños (*Children's Health Insurance Program*), en caso de ser aplicable.

Al divulgar información, principalmente recordatorios de citas y actividades de facturación/cobranza, podemos dejar mensajes en su máquina contestadora o buzón de voz.

**Socios comerciales:** Existen algunos servicios que se proporcionan en nuestra organización a través de contratos con Socios comerciales. Como ejemplo están los servicios que proporcionen los médicos en el departamento de urgencias y radiología, determinadas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que usamos al realizar copias de su expediente médico. Cuando se contraten estos servicios, podríamos divulgar su información médica a nuestros socios comerciales para que ellos puedan realizar el trabajo que les solicitamos y facturarle a usted o al tercero encargado del pago por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información médica, los socios comerciales están obligados por ley federal a salvaguardar su información de manera adecuada.

**Directorio:** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del centro mientras usted sea paciente en el mismo. Dicha información puede incluir su nombre, ubicación en el centro, su estado general (p.ej. bueno, estable) y sus afiliaciones religiosas. Esta información puede ser proporcionada a miembros del clero y, excepto por su afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por su nombre. Si quisiera optar por no aparecer en el directorio del centro, por favor pida el Formulario de Exclusión al personal de admisión o al funcionario de privacidad del centro.

**Personas involucradas en su atención o Pago por su atención y/o Propósitos de notificación:** Podemos revelar información médica sobre usted a algún amigo o familiar que participe en su atención médica o que le ayude a pagar por su atención, así como para notificar o ayudar a notificar sobre su ubicación y estado general (lo cual puede incluir su identificación o localización) a un familiar, a su representante personal o a otra persona responsable de su atención. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que asista en casos de desastre con la finalidad de asistir en la comunicación de este aviso.

**Investigación:** El uso de la información médica es importante para el desarrollo de nuevos conocimientos y el mejoramiento de la atención médica. Podemos usar o divulgar información médica para estudios de investigación, pero únicamente cuando se cumplan todos los requisitos federales y estatales para proteger su privacidad (tales como usar únicamente información que no le identifique siempre que sea posible). Es posible que se comuniquen con usted para preguntarle si desea participar en un estudio de investigación.

**Comunicados futuros:** Podemos comunicarnos con usted por medio de boletines, correos y otros medios con respecto a opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas para el manejo de enfermedades, programas de bienestar, proyectos de investigación u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestro centro.

**Acuerdo de atención médica organizada:** Este centro y los integrantes del personal médico han organizado y le presentan este documento a manera de notificación conjunta. La información se compartirá

en la medida en que sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a la información médica protegida en sus consultorios como material de apoyo para la revisión de tratamientos previos, ya que estos datos podrían afectar el tratamiento actual.

**Entidad afiliada cubierta:** La información médica protegida estará disponible para el personal del centro en centros locales afiliados en caso de ser necesario para llevar a cabo un tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Los cuidadores en otros centros podrán tener acceso a la información médica protegida en sus ubicaciones como material de apoyo para la revisión de los tratamientos previos, ya que estos datos podrían afectar el tratamiento actual. Por favor comuníquese con el Funcionario de privacidad del centro para obtener más información acerca de los centros específicos que están incluidos en estas entidades afiliadas cubiertas.

**Intercambio de información médica/Organización regional de información médica:** Es posible que las leyes federales y estatales nos permitan participar en organizaciones junto con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas con la finalidad de que estas personas y entidades compartan la información médica sobre usted entre ellos a fin de cumplir metas que podrán incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de sus expedientes médicos; disminuir el tiempo necesario para tener acceso a su información; añadir y comparar su información con propósitos de mejoramiento de calidad, así como para otros fines permitidos por la ley.

**Según lo exija la ley.** Podríamos divulgar información cuando así lo requiera la ley.

**Según lo permita la ley,** también podríamos usar y divulgar la información médica a los siguientes tipos de entidades, entre otras:

- ◆ Administración de Medicamentos y Alimentos (la FDA)
- ◆ Autoridades de la Salud Pública o autoridades jurídicas encargadas de la prevención y el control de enfermedades, lesiones o discapacidades
- ◆ Prisiones
- ◆ Representantes de Compensación a los trabajadores (*Workers' Compensation*)
- ◆ Organizaciones para la donación de órganos y tejidos
- ◆ Autoridades del mando militar
- ◆ Agentes de supervisión de la salud
- ◆ Directores de funerarias y médicos forenses
- ◆ Agencias de Seguridad Nacional e Inteligencia
- ◆ Servicios de protección para el Presidente y otros servicios similares
- ◆ Una persona o personas capaces de prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o la seguridad

**Aplicación de la ley:** Podemos divulgar la información médica a un oficial de la ley para propósitos tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o para reportar un crimen.

**Para procedimientos judiciales o administrativos:** Podemos divulgar información médica protegida según lo permita la ley en relación con procedimientos judiciales o administrativos, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.

**Autorización requerida:** Debemos obtener su autorización por escrito para poder usar o divulgar las notas de psicoterapia, usar o divulgar su información médica protegida para propósitos de marketing o para vender su información médica protegida.

**Requisitos específicos de cada estado:** Muchos estados tienen requisitos aplicables a los reportes, los cuales incluyen actividades comunitarias relacionadas con el mejoramiento de la salud o la reducción de costos en la atención médica. Algunos estados tienen leyes de privacidad independientes que podrían contemplar requisitos legales adicionales. Si las leyes de privacidad del estado son más rigurosas que las federales, entonces la ley estatal se antepone a la ley federal.

**Sus derechos relacionados con la información médica**

Aunque su expediente médico es propiedad física de los profesionales de la salud o el centro que lo generó, usted tiene **Derecho a:**

◆ **Inspeccionar y copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que podrá ser usada para la toma de decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye expedientes médicos y registros de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. Podríamos rechazar la solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le rechaza el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise el rechazo. Otro profesional de la salud acreditado y seleccionado por el hospital revisará su solicitud y el rechazo. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

◆ **Rectificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos una rectificación. Tiene el derecho de solicitar una rectificación durante todo el tiempo que la información se encuentre en nuestro centro. Cualquier solicitud de rectificación debe enviarse por escrito al Funcionario de privacidad del centro.

Podríamos rechazar su solicitud de rectificación, y si esto ocurriera, se le informará la razón del rechazo.

◆ **Un informe de divulgaciones:** Tiene el derecho de solicitar un informe de las divulgaciones. Esto es una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica para propósitos distintos al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica para las que no se requiere de una autorización.

◆ **Solicitud de restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la información médica que usamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pagos u otras operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite a la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos o no divulguemos información acerca de una cirugía que haya tenido. Cualquier solicitud de restricción deberá ser enviada por escrito al Funcionario de privacidad del centro.

Estamos obligados a aceptar su solicitud *solo* si 1) excepto cuando la ley establezca lo contrario, la divulgación sea para su plan de seguro médico y el propósito de la restricción está relacionado con el pago o las operaciones de atención médica (y no con el tratamiento), y 2) su información corresponda únicamente a los servicios de atención médica por los que usted ha pagado por completo. **No estamos obligados a aceptar cualquier otra solicitud.** Si estamos aceptamos otras solicitudes, nosotros cumpliremos con su solicitud a menos que la información se necesite para proporcionar un tratamiento de emergencia.

◆ **Solicitar comunicados confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en cierto modo o en cierta ubicación. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted a su trabajo en vez de en su casa. El centro permitirá solicitudes razonables para comunicados confidenciales en ubicaciones alternas y/o mediante medios alternativos únicamente si la solicitud se presenta por escrito y en ésta se incluye una dirección de correo donde la persona pueda recibir las facturas por los servicios otorgados en el centro y correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Por favor, comprenda que nos reservamos el derecho de comunicarnos con usted por otros medio y en otras ubicaciones si usted no responde a cualquier comunicado nuestro que requiera respuesta. Le notificaremos de acuerdo a su solicitud original antes de intentar comunicarnos por otros medios o en otra ubicación.

◆ **Una copia en papel de este aviso:** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por medio electrónico, tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso. Si el centro tiene un sitio Web, usted puede imprimir o ver una copia de este aviso si hace clic en el enlace "Aviso sobre Prácticas de Privacidad".

Para ejercer cualquiera de sus derechos, por favor obtenga los formularios correspondientes del Funcionario de privacidad y envíe su solicitud por escrito.

### **MODIFICACIONES A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones a este aviso. En esos casos, el aviso modificado entrará en vigor para la información que ya tengamos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en el centro y en nuestro sitio Web e incluirá la fecha de entrada en vigor. De igual manera, cada vez que usted se registra en el centro o se le admite para brindarle tratamiento o servicios de atención médica como paciente hospitalizado o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso que esté en vigor en ese momento.

### **QUEJAS**

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el centro mediante el proceso que se describe en la documentación de los Derechos del Paciente de este centro. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

**No se le sancionará por presentar una queja.**

#### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén contenidos en este aviso o que no estén previstos en las leyes que nos rigen, únicamente podrán realizarse sujeto a su autorización por escrito. Si nos otorga su permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca la autorización, ya no usaremos ni divulgaremos la información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que nosotros no podemos cancelar cualquier divulgación que ya se haya hecho con base en su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros expedientes de la atención que le hemos proporcionado.

#### **FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DEL CENTRO.**

**Número de teléfono:**

St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia

NOMBER DE PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

El Consentimiento del Paciente Para Las Comunicaciones Financieras

1. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Tutor)

**Acuerdo Financiero.**

- Reconozco, que como muestra de cortesía, **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados a mi.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o los gastos no pagados en su totalidad, incluyendo cubiertos, pero no limitado a, cualquier co-pago, co-seguro y/o deducible, o los gastos no cubiertos por el seguro.
- Yo entiendo que hay una tarifa por los cheques devueltos.

2. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Tutor)

**Compañía de Tercero Colección.** Reconozco que **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** puede utilizar los servicios de un tercer socio de negocios partido o entidad afiliada como una oficina ("EBO Servicer") de negocios extendido por cuenta de facturación médica y prestación de servicios.

3. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Tutor)

**Asignación de Beneficios.** Por la presente cedo a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** cualquier seguro o otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de salud prestados a mi. Entiendo que **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no son asignados a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia**, estoy de acuerdo a reenviar todos los pagos de seguro de salud o compañía de terceros servicios que recibo por los servicios prestados a mi inmediatamente después de recibir.

4. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Tutor)

**Certificación Para el Paciente de Medicare y Asignación de Beneficios.** Certifico que toda la información que provide, en su caso, al solicitador el pago bajo el Título XVIII ("Medicare") o Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito el pago de los beneficios autorizados a realizar en mi nombre a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** por el programa de Medicare o Medicaid.

5. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Tutor)

**Consentimiento a las Llamadas Telefónicas para las Comunicaciones Financieras.** Estoy de acuerdo en que, **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia**, o extendida Administradores de oficinas y agentes de recaudación para dar servicio a mi cuenta o para recoger cualquier cantidad puedo deber, estoy de acuerdo expresamente y consentimiento que **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** Agentes de la Colección EBO Administrador pueden ponerse en contacto conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitación de la tecnología inalámbrica, que he proporcionado a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** o EBO Administrador y agentes de recaudación han obtenido o, en cualquier número de teléfono desviado o transferido de ese número, en relación con los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados de voz/artificial y/o el uso de un dispositivo de marcación automático, según sea el caso.

6. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Una fotocopia de este consentimiento deberá de ser tan válida como el original.

Paciente/Firma del Representante del Paciente:

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente, por favor identificar su relación con el paciente.

**St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia**

**NOMBER DE PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

(Circulo o relacion de marca (s) de la siguiente lista):

Esposa (o)

Padre(s)

Guardian

Garante

Salud de Poder Legal

Otros (especificar)

Fecha de compleción/envío por fax de la solicitud:

Total de páginas divulgadas:

Solicitud completada por:

**Sección A: esta sección debe completarse para solicitar todo tipo de autorización**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono del paciente:	Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social:
----------------------	----------------------	------------------------	---

Nombre del proveedor:	Nombre del destinatario:
-----------------------	--------------------------

Domicilio del proveedor:	Domicilio 1:		
	Domicilio 2:	Teléfono del destinatario:	
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Solicitar entrega (si queda en blanco, se entregará una copia impresa):**  Copia impresa  Medio electrónico, si lo hubiera disponible (p.ej. disco USB, CD/DVD, eDelivery)  
 Correo electrónico encriptado  Correo electrónico no encriptado  
**NOTA:** Si el centro no pudiera hacer la entrega electrónica solicitada, se proporcionará un método de entrega alternativo (p.ej. copia impresa). Hay cierto nivel de riesgo de que un tercero vea su PHI sin su consentimiento si la recibe por medios electrónicos o correo electrónico no encriptado. No nos hacemos responsables por el acceso no autorizado de la PHI contenida en este formato o los riesgos (p.ej. virus) potencialmente introducidos en su computadora/dispositivo por recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.

**Correo electrónico (si marcó correo-e anteriormente, escribir en letra imprenta legible):** \_\_\_\_\_

A menos que se establezca un plazo de tiempo más corto, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de su firma: (escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos).

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Acontecimiento:** \_\_\_\_\_

**Objeto de la divulgación:** \_\_\_\_\_

**Descripción de la información que se utilizará o divulgará**

¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia?  Sí; en ese caso, este es el único ítem que puede solicitar en la presente autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar los demás ítems que se muestran a continuación.  No; en ese caso, puede marcar tantos ítems como sea necesario.

Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI que contiene la historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de internación <input type="checkbox"/> Informes de dictados <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Ingreso/Egreso <input type="checkbox"/> Análisis clínico <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Terapia/análisis especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencias <input type="checkbox"/> Información de la sala de urgencias		<input type="checkbox"/> Resumen de trabajo de parto/parto <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería obstétrica <input type="checkbox"/> Hoja del flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura desglosada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Información ECT o de psiquiatría: <input type="checkbox"/> Otro:	

Reconozco que es posible que la información divulgada contenga datos sobre SIDA o resultados de VIH, análisis de VIH, resultados psiquiátricos e información sobre el consumo de drogas y de alcohol. Asimismo, por la presente, presto mi consentimiento respecto de dicha información divulgada.

\_\_\_\_\_  
(Firme con las iniciales)  
Si esta autorización tiene por objeto la divulgación de información genética, especifíquelo aquí: \_\_\_\_\_

- Comprendo que:
1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria.
  2. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la calidad de resultar elegible para obtener beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta autorización.
  3. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. Puedo encontrar más información en el Aviso sobre prácticas de privacidad.
  4. Si el solicitante o el receptor no es un prestador de planes de salud o de atención sanitaria, es posible que la información publicada ya no reciba la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada.
  5. Puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en el caso de que la solicite.
  6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

**Sección B: ¿el pedido de la PHI se presenta a efectos de marketing y/o implica la venta de PHI?**  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, el prestador de planes de salud o de atención sanitaria debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.

¿El destinatario recibirá algún tipo de compensación financiera o en especie a cambio del uso o de la divulgación de esta información?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, especifíquela aquí: \_\_\_\_\_

¿El destinatario de la PHI puede ofrecer la información a cambio de remuneración monetaria?  Sí  No

**Sección C: Firmas**

He leído la información precedente y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud de la manera indicada.

Firma del paciente/representante del paciente:	Fecha:
--	--------

Aclaración de la firma del paciente/representante del paciente:	Relación con el paciente/representante del paciente:
---	--

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**