

# StDavid's HEART & VASCULAR

## HISTORIA CLINICA

**POR FAVOR COMPLETE LA FORMA ENTERA SI HAN PASADO MAS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA. POR FAVOR ACTUALICE LAS ÁREAS QUE HAN HABIDO CAMBIOS SI HAN PASADO MENOS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA.**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Visita \_\_\_\_\_

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

Edad \_\_\_\_\_

Médico Primario o de Cabecera \_\_\_\_\_

**¿USTED TIENE UN TESTAMENTO VITAL O UNA CARTA PODER PATA ATENCIÓN MÉDICA?**

SÍ  NO

**¿USTED SE HE PUESTO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL?**

SÍ  NO FECHA \_\_\_\_\_

**¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA PULMONÍA?**

SÍ  NO FECHA \_\_\_\_\_

Por favor marque cualquier cosa que haya sido diagnosticado:

### SU HISTORIAL MÉDICO

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aneurisma Aortica             | <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias carótidas  | <input type="radio"/> Enfermedad del riñón           |
| <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 |
| <input type="radio"/> Angina de pecho               | <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="radio"/> Apnea del sueño                |
| <input type="radio"/> Alteración del ritmo cardiaco | <input type="radio"/> Diabetes                              | <input type="radio"/> Derrame cerebral/AIT           |
| <input type="radio"/> Asma                          | <input type="radio"/> Soplo cardíaco                        | <input type="radio"/> Desmayo                        |
| <input type="radio"/> Cáncer                        | <input type="radio"/> Colesterol alto                       | <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides         |
| <input type="radio"/> Miocardiopatía                | <input type="radio"/> Presión arterial alta                 | <input type="radio"/> Venas varicosas                |

### ENFERMEDADES HISTORIALES

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ansiedad                         | <input type="radio"/> Moretones o sangrado fácil       | <input type="radio"/> Flebitis o inflamación |
| <input type="radio"/> Artritis                         | <input type="radio"/> VIH/SIDA                         | <input type="radio"/> Fiebre reumática       |
| <input type="radio"/> Coágulos en las venas o pulmones | <input type="radio"/> Problemas del hígado o hepatitis | <input type="radio"/> Úlceras estomacales    |
| <input type="radio"/> EPOC/Enfisema pulmonar           | <input type="radio"/> Menopausia                       | <input type="radio"/> Tuberculosis           |
| <input type="radio"/> Depresión                        | <input type="radio"/> _____                            | <input type="radio"/> _____                  |
| <input type="radio"/> _____                            |  |  |

**CIRUGÍAS CARDÍACAS ANTERIORES**

- Reparación de AAA
- Ablación cardíaca
- Reparación de DSA
- Bypass coronaria
- Cateterización cardíaca
- Cardioversión
- Stent carotideo
- Stent coronario
- DCI
- LARIAT
- Marcapasos
- Stent periférico
- La reparación o reemplazo de la válvula

**OTRA HISTORIA QUIRÚRGICA**

- Apendectomía
- Liberación del túnel carpiano
- Catarata
- Cesárea
- \_\_\_\_\_
- Reparación de la fractura
- Vesícula biliar
- Reemplazo de cadera
- Histerectomía
- \_\_\_\_\_
- Reemplazo de rodilla
- Cirugía de rodilla
- Amigdalectomía
- Vasectomía o ligadura de trompas

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR**

<i>Relación</i>	<i>Viva o muerta</i>	<i>Alteración del ritmo cardíaco</i>	<i>Enfermedad de las arterias coronarias</i>	<i>Trastornos de la coagulación</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Ataque al corazón</i>	<i>Enfermedad del corazón</i>	<i>Insuficiencia cardíaca</i>	<i>Colesterol alto</i>	<i>Presión arterial alta</i>	<i>Derrame cerebral/AIT</i>	<i>Muerte cardíaca súbita</i>	<i>Venas varicosas</i>	<i>Insuficiencia venosa</i>
Madre														
Padre														
Hermana														
Hermano														
Tía materna														
Tío materno														
Tía paterna														
Tío paterno														
Abuela materna														
Abuelo materno														
Abuela paterna														
Abuelo paterno														

Adoptado

Historial familiar desconocido

## HISTORIA SOCIAL

¿Consumo de alcohol incluyendo cerveza?  Sí  No

¿Cuántas bebidas toma por semana? \_\_\_\_\_ vasos de vino  
\_\_\_\_\_ latas de cerveza  
\_\_\_\_\_ tragos de licor  
\_\_\_\_\_ bebidas mezcladas

¿Ha utilizado drogas ilegales o ha abusado medicamentos?  Sí  No

¿En caso afirmativo, el cual? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Fuma usted?  Nunca  Ex fumador, ponga la fecha \_\_\_\_\_  Actual fumador

¿Años fumando? \_\_\_\_\_ ¿Paquetes por día? \_\_\_\_\_

¿Actualmente utiliza el tabaco sin humo?  Nunca  Ponga la fecha \_\_\_\_\_  Usuario actual

Si fuma, ¿estás listo para dejar de fumar?  Sí  No

¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No

¿Bebe usted cafeína?  Sí  No

## ALERGIAS

¿Alguna vez ha tenido reacción al contraste de rayos x?  Sí  No

¿Es alérgico al yodo o mariscos?  Sí  No

¿Tiene alergias a medicamentos?  Sí  No

En caso afirmativo, escriba el nombre de la medicina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# St David's HEART & VASCULAR

## Formulario de Registro para el Paciente

(Por favor escriba con letra de molde o de imprenta)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Mujer  Hombre  Mujer transgénero a hombre  Hombre transgénero a mujer  Genderqueer  Elige no especificar  
 Categoría de género adicional no incluida en la lista \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Cuál es su número preferido:

Número de Teléfono de Casa: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Número de Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Teléfono Móvil: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Primario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Médico de Cabecera o Primario: \_\_\_\_\_ Médico que nos Recomendó: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_ Número de Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Plan Médico

Su(s) tarjeta(s) de plan médico o prueba de tener un plan médico vigente debe ser presentada al momento del servicio.

Nombre del Plan Médico Principal o Primario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Beneficiario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Plan Médico Secundario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Beneficiario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Plan Médico Terciario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Beneficiario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Asignación y Autorización de Beneficios para Pacientes con Plan Médico

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, plan médico privado y otros planes médicos a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, pagos compartidos (co-insurance y copay en inglés) y deducibles. Yo autorizo la divulgación de porciones de mi récord médico al grado que sea necesario para determinar mis beneficios, obtener pagos y reembolso. Yo autorizo a que hagan reclamos a mi plan médico y a que mi plan decida asignar mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona que lo representa

\_\_\_\_\_  
Fecha

### \*\*\*Reconocimiento Financiero para Pacientes sin Plan Médico\*\*\*

A aquellos pacientes que no estén cubiertos por un plan médico, se les espera pagar el monto completo al momento del servicio. Yo acepto que soy responsable financieramente por todos los cargos incurridos durante mi visita o servicio obtenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona que lo representa

\_\_\_\_\_  
Fecha

# St David's HEART & VASCULAR

## CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

### Consentimiento General informado para Cuidado y Tratamiento Médico

**PARA EL PACIENTE:** *Usted tiene derecho como paciente a ser informado acerca de su condición médica, tratamiento y/o procedimientos quirúrgicos recomendados para que así usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento después de conocer los riesgos y peligros envueltos. En este momento, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este consentimiento es simplemente para obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento y/o el procedimiento adecuado según su condición médica. Este consentimiento estará vigente hasta que usted lo anule de forma escrita.*

Mediante este consentimiento usted nos autoriza a realizar exámenes médicos, análisis y tratamientos necesarios. Con su firma a continuación usted indica que (1) reconoce que este consentimiento es de carácter continuo después de haber obtenido un diagnóstico médico específico y de haber recibido una recomendación de tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio u otro consultorio de nuestra propiedad.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento médico con su doctor acerca del propósito, riesgos y beneficios de cualquier examen ordenado. Por favor, no dude en consultar con su médico si usted tiene preguntas e inquietudes acerca de cualquier tratamiento y examen médico recomendado. Usted tiene el derecho de interrumpir nuestros servicios en cualquier momento.

Yo, voluntariamente pido a un doctor de St. David's Heart & Vascular, proveedor de nivel medio o secundario como enfermera avanzada o especializada (NP por sus siglas en inglés), asistente certificado para trabajar como doctor (PA por sus siglas en inglés), enfermera clínica y a otros proveedores o asistentes médicos según sea necesario para llevar a cabo mi tratamiento, pruebas o exámenes médicos por la condición médica que me ha traído a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Yo entiendo que si se me recomienda realizar pruebas o exámenes adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me será pedido leer y firmar otro documento donde daré mi consentimiento antes de llevar a cabo dichas pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entendido en totalidad las declaraciones anteriores; y que doy mi consentimiento en su totalidad y voluntariamente a todo su contenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo Representa**

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Molde del Paciente o Representante**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Molde del Testigo del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Título Laboral del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo del Empleado**

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

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 compania de seguros por los servicios prestados a mi.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no estan cubiertos o los gastos no pagados en su totalidad, incleyendo cubiertos, pero no limitado a, cualquier co-pago, co-seguro y/o deducible, o los gasto no cubiertos por el seguro.
- Yo entiendo que hay una tarifa por los cheques devueltos.

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

**Compania de Tercero Coleccion.** 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 facturacion medica y prestacion de servicios.

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

**Asignacion 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 asignacion 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 compania de tercero servicios que recibo por los servicios prestados a mi inmediatamente despues de recibir.

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

**Certificacion Para el Paciente de Medicare y Asignacion de Beneficios.** Certifico que toda la informacion que provide, en su caso, al solicitador el pago bajo el Titulo XVIII ("Medicare") o Titulo XIX ("Medicare") 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 Telefonicas 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 recaudacion 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 Coleccion EBO Administrador pueden ponerse en contacto conmigo por telefono a cualquier numero de telefono, sin limitacion de la tecnologia inalambrica, que he proporcionado a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** o EBO Administrador y agentes de recaudacion han obtenido o, en cualquier numero de telefono desviado o transferido de ese numero, en relacion con los servicios prestados, o mis obligaciones financiers relacionadas. Metodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados de voz/artificial y/o el uso de un dispositivo de marcacion automatic, segun sea el caso.

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

Una fotocopia de este consentimiento debera de ser tan valida como el original.

Paciente/Firma del Representante del Paciente:

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

Si usted no es el paciente, por favor identificar su relacion 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) \_\_\_\_\_

## 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 está 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 proporcionará a usted por esos servicios bajo petición. La provisión 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, deberán pagarse en la fecha de servicio a menos que otros arreglos de pago han sido hechas con anticipación.

Si usted tiene seguro médico, usted es responsable de:

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

A menos que acuerdos específicos se han hecho de antemano para una extensión de tiempo, cargos por servicios no cubiertos por el seguro son debidos a la recepción de la declaración 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 facturación al 512.206.4300 opción 1 para obtener Consejero Financiero o Representante Paciente de Cuenta para la ayuda.

Si usted no tiene cobertura de seguro médico:

- Pago de la consulta y todos los servicios diagnósticos 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 recibió tratamiento por uno de nuestros médicos en casos de emergencia, por favor, pongase en contacto con la oficina de facturación al 512.406.4300 opción 1 para hablar de sus acuerdos financieros tan pronto como sea posible.

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

Planes de financiación están disponibles para ayudar a los pacientes con los deducibles, co-seguros, y servicios no cubiertos. Estos planes ofrecen opciones flexibles de financiación para incluir la financiación sin interés, opciones de pago mensual mínimos y un proceso de aprobación inmediata para los solicitantes calificados. Para obtener información adicional sobre las opciones de financiación, por favor, pongase en contacto con nuestra oficina de facturación al 512.206.4300 opción 1.

Declaraciones que muestran el estado de su cuenta se envían mensualmente. *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* está 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 facturación al 512.206.4300 opción 1.

Las cuentas no pagadas dentro de los 45 días siguientes a la recepción comunicado están sujetas a la colocación con una agencia de colección exterior.

En caso de recibir un cheque devuelto, una cuota de \$35.00 se cargará a su cuenta y pago en su totalidad debido a la recepción 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

# StDavid's HEART & VASCULAR

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

PARA ST. DAVID'S HEART AND VASCULAR

Enviar Fax al: 512-807-3399

**HISTORIAL MÉDICO SOLICITADO A INSTITUCIÓN O DOCTOR:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo la divulgación de cualquier información de mi expediente médico como estime St. David's Heart and Vascular para mi cuidado cardiológico. Entiendo que esta información divulgada puede contener exámenes o pruebas médicas, diagnósticos y/o tratamiento para el VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, desórdenes psiquiátricos o mentales, abuso de drogas y/o de alcohol. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar dicho documento. Yo entiendo que el trato que recibo de Austin no cambiará si me niego a firmar esta autorización.

**Información a ser divulgada:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exámenes Físicos         | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso Médico | <input type="checkbox"/> Informa de Alta Médica                           |
| <input type="checkbox"/> Consultas Médicas        | <input type="checkbox"/> Informes Operativos      | <input type="checkbox"/> Reportes de Cateterizaciones Cardíacas           |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Esfuerzo      | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas      | <input type="checkbox"/> Monitores Holter/ Monitores de Eventos Cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Radiografía del Pecho    | <input type="checkbox"/> Radiología                                       |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiogramas          | <input type="checkbox"/> Escáner Nuclear          | <input type="checkbox"/> Reportes Vasculares                              |
| <input type="checkbox"/> Polisomnografía          | <input type="checkbox"/> Estudio del Sueño        | <input type="checkbox"/> Procedimientos Electrofisiólogos                 |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |   |   |

Especifique Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_

\*Nota: Si no especifica la fecha, se solicitará la información más reciente disponible en su expediente médico.

Esta autorización no vence. Se puede revocar pero no retroactivamente en historial médico ya recibidos de buena fe.

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

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

\_\_\_\_\_  
**Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Location Name			
Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)

### Aviso de prácticas de privacidad/clínicas / Notice of Privacy Practice/clínics

**(iniciales del paciente/representante)** Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para 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 una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

**Patient/Representative initials)** I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practice, which describes the ways in which the practice/clinic may use and disclose my healthcare information for its treatment, payment, healthcare operations and other described and permitted uses and disclosures, I understand that I may contact the Privacy Officer designated on the notice if I have a question or complaint. I understand that this information may be disclosed electronically by the Provider and/or the Provider's business associates. To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of my information for the purposes described in the Notice of Privacy Practice. /

### Divulgaciones a amigos o miembros de la familia / Disclosures to Friends and/or Family Members

**¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?** Doy permiso para que se divulgue mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a mis familiares y otras personas que se detallan a continuación:

**DO YOU WANT TO DESIGNATE A FAMILY MEMBER OR OTHER INDIVIDUAL WITH WHOM THE PROVIDER MAY DISCUSS YOUR MEDICAL CONDITION? IF YES, WHOM?** I give permission for my Protected Health Information to be disclosed for purposes of communicating results, findings and care decisions to the family members and others listed below

	Nombre / Name	Vínculo / Relationship	Número de contacto / Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.  
Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

### Comunicaciones sobre My Healthcare / Communications about My Healthcare

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

I agree the Provider or an agent of the Provider or an independent physician's office may contact me for the purposes of scheduling necessary follow-up visits recommended by the treating physician.

### Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica / Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

I consent to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice's/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities). I understand that the practice/clinic retains the ownership rights to the images and/or recordings. I will be allowed to request access to or copies of the images and/or recordings when technologically feasible unless otherwise prohibited by law. I understand that these images and/or recordings will be securely stored and protected. Images and/or recordings in which I am identified will not be released and/or used outside the facility without a specific written authorization from me or my legal representative unless otherwise permitted or required by law.

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Location Name			
Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)

### Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica / Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuve el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

If at any time I provide an email address or cellphone number at which I may be contacted, I consent to receiving unsecure instructions and other healthcare communications at the email or text address I have provided or you or your EBO Servicer have obtained, at any text number forwarded, or transferred from that number. These instructions may include, but not be limited to: post-procedure instructions, follow-up instructions, educational information, and prescription information. Other healthcare communications may include, but are not limited to, communications to family or designated representatives regarding my treatment or condition, or reminder messages to me regarding appointments for medical care.

Note: You may opt out of these communications at any time. The practice/clinic does not charge for this service, but standard text messaging rates or cellular telephone minutes may apply as provided in your wireless plan (contact your carrier for pricing plans and details).

**Importante:** Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

**Note:** This location uses an Electronic Health Record that will update all your demographics and consents to the information that you just provided. Please note this information will also be updated for your convenience to all our affiliated locations that share an electronic health record in which you have a relationship.

### Divulgación de información / Release of Information

Por la presente, autorizo que el consultorio/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 con respecto a servicios anteriores de otros proveedores afiliados a HCA puede estar disponible para los proveedores afiliados posteriormente a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados se relacionan con una reclamación de indemnización laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios u operadores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin carácter restrictivo, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre ellas para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi historia clínica, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad, y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre las afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas, lo que incluye, entre otras, enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA.

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Location Name			
Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)

I hereby permit practice/clinic and the physicians or other health professionals involved in the inpatient or outpatient care to release healthcare information for purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

- Healthcare information regarding a prior service(s) at other HCA affiliated providers may be made available to subsequent HCA-affiliated providers to coordinate care. Healthcare information may be released to any person or entity liable for payment on the Patient's behalf in order to verify coverage or payment questions, or for any other purpose related to benefit payment. Healthcare information may also be released to my employer's designee when the services delivered are related to a claim under worker's compensation.
- If I am covered by Medicare or Medicaid, I authorize the release of healthcare information to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers for payment of a Medicare claim or to the appropriate state agency for payment of a Medicaid claim. This information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, operative reports, physician progress notes, nurse's notes, consultations, psychological and/or psychiatric reports, drug and alcohol treatment and discharge summary.
- Federal and state laws may permit this facility to participate in organizations with other healthcare providers, insurers, and/or other health care industry participants and their subcontractors in order for these individuals and entities to share my health information with one another to accomplish goals that may include but not be limited to: improving the accuracy and increasing the availability of my health records; decreasing the time needed to access my information; aggregating and comparing my information for quality improvement purposes; and such other purposes as may be permitted by law. I understand that this facility may be a member of one or more such organizations. This consent specifically includes information concerning psychological conditions, psychiatric conditions, intellectual disability conditions, genetic information, chemical dependency conditions and/or infectious diseases including, but not limited to, blood borne diseases, such as HIV and AIDS.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

I certify that I have read and fully understand the above statements from all pages and consent fully and voluntarily to its contents.

Firma del paciente/representante:/ Patient/Representative Signature	Vínculo con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.) / Relationship to Patient (self, parent, legal guardian/representative, etc)	Fecha / Date

**Practice:OPTIONAL ON FORM- REMOVE THIS Prescription Order Pick up Section ONLY if NA to your practice/clinic]**

**Recoger pedidos de medicamentos recetados.** Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o un familiar recojan un pedido de medicamentos recetados (receta) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada por usted deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtener la receta.

**Prescription Order Pick-up.** There may be times when you need a friend or family member to pick-up a prescription order (script) from your physician's office. In order for us to release a prescription to your family member or friend, we will need to have a record of their name. Prior to release of the script, your designee will need to present valid picture identification and sign for the prescription.

- Quiero** \_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:
- I do want** \_\_\_\_ (Patient/Representative Initials) to designate the following individual to pick up a prescription order on my behalf

NOMBRE / NAME	Vínculo con el paciente / Relationship to Patient

- No quiero** \_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) designar a ninguna persona para que retire mi receta.
- I do not want** \_\_\_\_ (Patient/ Representative Initials) to designate anyone to pick-up my prescription order.