

FORMULARIO DEL PACIENTE PARA EL CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE LA HIPAA

Southwest Joint Replacement & Sports Medicine Center

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Fecha / Date (MM/DD/YYYY)
---------------------	----------------------------------	---------------------------

Aviso de prácticas de privacidad

(iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/el 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.

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

(iniciales del paciente/representante) Es posible que se envíen algunos mensajes relevantes para su visita independientemente del consentimiento explícito, que incluyan instrucciones o comunicaciones directamente relacionadas con su atención. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas médicas. Para otros tipos de comunicaciones, doy mi consentimiento para recibir, por llamada telefónica, mensaje de texto o transmisión de buzón voz, comunicaciones por o en nombre del consultorio/la clínica en el correo electrónico, número de teléfono o dirección de mensajes de texto que proporcioné en mi registro de paciente. También doy mi consentimiento para recibir dichas comunicaciones en cualquier correo electrónico, dirección de mensajes de texto o número de teléfono desviado o transferido desde esa dirección o número de teléfono. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones de atención médica a la familia o a los representantes designados en relación con mi tratamiento o condición, mensajes de recordatorio para mí con respecto a mis citas de atención médica, comunicaciones relacionadas con el seguro o la facturación o solicitudes de comentarios sobre mi visita mediante encuestas de satisfacción o revisiones dirigidas al público. Autorizo y reconozco que estas instrucciones y otras comunicaciones pueden transmitirse mediante un sistema automatizado para la selección o marcación de números de teléfono o la reproducción de mensajes pregrabados y las puede realizar el consultorio o la clínica o alguien que llame en su nombre, incluso si mi número de teléfono está incluido en cualquier registro federal o estatal de "no llamar". En la medida en que estas instrucciones y otras comunicaciones puedan considerarse como llamadas telefónicas de ventas, solicitudes o publicidad, doy mi consentimiento para recibirlas. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento directo o indirecto a las comunicaciones para recibir servicios de atención médica.

Nota: 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. Mi consentimiento para acceder al Portal del Paciente de la Historia Clínica Electrónica de la ubicación se considerará independiente del consentimiento de este formulario (*sección: Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica*).

Divulgaciones a amistades o miembros de la familia

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA HABLAR SOBRE 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:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.

Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica

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

FORMULARIO DEL PACIENTE PARA EL CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE LA HIPAA

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.

Comunicaciones sobre 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.

Divulgación de información.

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.

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

Firma del paciente/representante	Relación con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.)	Fecha

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 médica a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de entregar la receta médica, la persona designada por usted deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtenerla.

- **Quiero** ____ (iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:

NOMBRE Relación con el paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- **No quiero** ____ (iniciales del paciente/representante) designar a ninguna persona para que retire mi receta.

Política de recarga de recetas. Nuestra oficina requiere un aviso de 48 horas para recargas de recetas. Todas las recargas de medicamentos deben ser telefoneadas, enviadas por fax o electrónicamente a la oficina de Lunes a Jueves de 9:00 a. m. a 4:00 p.m. y Viernes de 9:00 a. m. a 3:00 p.m. Es responsabilidad del paciente verificar con su farmacia y nuestra oficina que se ha recibido antes de la fecha límite anterior. No habrá absolutamente ninguna recarga dado los fines de semana.

FORMULARIO DEL PACIENTE PARA EL CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE LA HIPAA

Acuerdo Financiero

- Reconozco que, Southwest Joint Replacement & Sports Medicine Center no trata lesiones laborales ni acepta un seguro de compensación de trabajadores. Acepto pagar por servicios que no están cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo, pero no limitado a cualquier copago, coseguro y / o deducible, cargos no cubiertos por el seguro, o cargos denegados por ninguna remisión.
- Entiendo que es mi responsabilidad verificar que mi médico de atención primaria ha autorizado mis visitas y que mi médico de atención primaria ha enviado una referencia a mi seguro, si lo requiere mi plan de seguro. La referencia debe estar registrada en nuestra oficina antes de la fecha y hora de su cita.
- Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Finalización del Formulario

Entiendo que habrá un cargo de \$25 por ocurrencia para la cumplimentación de los siguientes formularios:

- Formularios de Discapacidad
- FMLA
- Aflac
- Seguro Suplementario
- Dificultades Médicas

*Pago es debido cuando se presenten los formularios y no se procesará sin pago. Por favor, espere de 5 a 7 días hábiles para la cumplimentación de formularios.

Cita / Cancelación / Política de No Show

Equipo

Las visitas al consultorio son solo con cita previa. La recepción puede preguntar sobre el motivo de su visita. Esto nos ayuda a programar el tiempo de los médicos de manera más eficiente. Por favor llegue 15 minutos antes a sus citas. A los pacientes que lleguen tarde a cualquier cita se les puede pedir que la reprogramen.

Cancelaciones el mismo día

Nos gustaría agradecerle por ser un paciente en nuestra oficina. Valoramos a todos nuestros pacientes y nos esforzamos por brindar la mejor atención posible en el entorno más cómodo. Por favor comprenda que cuando programamos su cita, estamos reservando tiempo para sus necesidades particulares. Le pedimos amablemente que si debe cambiar una cita, por favor avísenos con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible que ceda su tiempo reservado a otro paciente que necesita ser atendido. *Una "cancelación el mismo día" se define como cancelar o reprogramar su cita con menos de 24 horas antes de la hora programada de la cita.*

Citas perdidas (no presentarse)

Entendemos que las citas perdidas ocasionales pueden ocurrir por una variedad de razones. Cuando pierde una cita sin cancelarla, se retrasa la atención de otra persona que podría haber sido atendida en su lugar. No cobraremos por una cita perdida, pero hacemos un seguimiento de las citas perdidas. Las citas perdidas repetidas pueden resultar en que su médico le envíe una carta despidiéndolo de la práctica. Una vez dado de alta de la práctica, ofreceremos 30 días de atención de emergencia únicamente y transferiremos sus registros médicos a su nuevo médico. *Una "Cita perdida (no presentarse)" se define como perder una cita sin cancelar al menos 24 horas antes de la hora de la cita programada.*

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores de todas las páginas y consiento total y voluntariamente a su contenido.

Firma del paciente/representante	Relación con el paciente (uno mismo, padre, tutor/representante legal, etc.)	Fecha