



Carson Medical Group

Formulario de registro de pacientes

Información para pacientes pediátricos

Tenga en cuenta que el nombre del paciente debe coincidir con el de la tarjeta del seguro para que las reclamaciones se envíen correctamente al seguro.

Apellidos: _____ Nombre: _____ MI: _____

Nombre anterior: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero

¿Con quién reside el menor? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos ☐ Otro (especifique) _____

¿Quién es el tutor legal del menor? _____

¿Está el paciente en acogida? ☐ Sí ☐ No

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Dirección física (si es diferente de la dirección postal): _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Nombre de la madre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/C: _____

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

Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/C: _____

Teléfono de casa:	() -
El de mamá:	() -
Teléfono del trabajo de mamá:	() -
El de papá:	() -
Teléfono del trabajo de papá:	() -

¿Podemos dejar un mensaje detallado sobre la atención médica / el tratamiento de su hijo a este número?

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Por favor, proporcione su dirección de correo electrónico a continuación para inscribirse en el Portal del Paciente de Carson Medical

Dirección de correo electrónico: _____
(para comunicaciones confidenciales)

Raza (obligatorio)	Origen étnico (obligatorio)	Idioma principal (obligatorio)
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Otra raza ☐ No especificado	☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Declinó especificar	☐ Inglés Español ☐ Español ☐ Otro_____

Contacto en caso de emergencia

Nombre y apellidos: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Información farmacéutica

Farmacia de elección: _____

Dirección/Localización (por ejemplo, N. Carson & Winnie): _____

Información diversa

¿El paciente es discapacitado visual? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene discapacidad auditiva? ☐ Sí ☐ No

Información sobre seguros

Por favor, esté preparado para mostrar su tarjeta de seguro y la identificación en cada visita a la oficina.

Compañía de seguros principal: _____

Nombre del tomador: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de póliza/ID: _____ Grupo #: _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro

Compañía de seguros secundaria: _____

Nombre del tomador: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de póliza/ID: _____ Grupo #: _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro

Aviso a los pacientes sobre la destrucción de historiales médicos

De conformidad con las disposiciones de la subsección 7 de NRS 629.051:

1. No podrán destruirse los historiales médicos de los menores de 23 años.
2. Los historiales médicos de una persona que haya cumplido 23 años podrán destruirse si se han conservado durante al menos 5 años o durante cualquier periodo más largo previsto por la legislación federal; y
3. Salvo que se disponga lo contrario en la sección 7 de NRS 629.051 y a menos que la ley federal establezca un periodo de tiempo más largo, los historiales médicos de un paciente de 23 años o más podrán destruirse transcurridos 5 años de conformidad con la subsección 1 de NRS 629.051.

Consentimiento para acceder al historial de prescripciones externas

_____ Al poner mis iniciales aquí, otorgo mi consentimiento para que Carson Medical Group acceda a mi historial de recetas. Entiendo que el historial de recetas de múltiples proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede estar disponible para los proveedores y el personal aquí y que puede incluir el historial de recetas que se remonta a varios años.

Agradecimiento

Toda la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a Carson Medical Group a divulgar mi información a las compañías de seguros con respecto a mi condición médica/tratamiento, etc. con el fin de facilitar el pago de reclamaciones. Además, asigno los beneficios que se pagarán a Carson Medical Group por todos los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por servicios médicos prestados al paciente arriba, independientemente de la cobertura/pago del seguro. Entiendo que todos los co-pagos y/o cantidades deducibles son debidos y pagaderos en el momento del servicio.

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha



Política financiera

La meta de Carson Medical Group es promover la salud ofreciendo la mejor atención médica familiar. Nosotros nos ocupamos de nuestros pacientes y de la comunidad. Todos serán tratados de manera profesional, compasiva, digna y respetuosa. A fin de lograr esta meta, informamos a todos acerca de la política financiera, la cual es un acuerdo entre Carson Medical Group y usted como paciente o el padre/tutor del paciente. Su claro entendimiento de dicha política es fundamental para nuestra relación profesional. Lea el siguiente acuerdo y firme con sus iniciales para reconocer que está de acuerdo y que comprende el contenido de este documento. Si tiene preguntas sobre cualquiera de las secciones, comuníquese con el representante de Servicios a Pacientes:

Seguro

1. El seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente comprender los beneficios de atención médica. Por ejemplo, responsabilidad financiera, instalaciones aceptables para pruebas de diagnóstico (laboratorio, radiografías, etc.), independientemente de si se requiere o no autorización para ciertos servicios o servicios cubiertos según su plan.
2. Como cortesía a nuestros pacientes, Carson Medical Group facturará a la *mayoría* de las compañías de seguros en nombre de nuestros pacientes. Sin embargo, es responsabilidad exclusiva del paciente asegurarse de que Carson Medical Group sea un proveedor de la red del plan.
 - a. A fin de facturarle a su seguro como corresponde, usted deberá presentar su tarjeta de seguro cada vez que utilice el servicio, además de su identificación con fotografía como prueba de identidad.
3. Carson Medical Group exige el pago en el momento del servicio de toda responsabilidad estimada del paciente, incluidos los copagos, coseguros, deducibles restantes, saldos de los pacientes no asegurados o saldos vencidos.
 - a. Carson Medical Group trata a todos los pacientes de manera justa a la hora de cobrar los saldos de cuentas. Conforme a las regulaciones federales y las obligaciones contractuales con los pagadores terceros, Carson Medical Group no exime, evita recaudar ni descuenta copagos, coseguros, deducibles ni ninguna otra responsabilidad financiera del paciente.
4. Si Carson Medical Group es su médico de atención primaria, usted debe haber actualizado esta información en su compañía de seguros, ya que algunos planes de salud pueden denegar los reclamos y responsabilizarlo del pago de la visita.
5. Carson Medical Group no procesa los reclamos de indemnización laboral. Usted deberá comunicarse con su supervisor de empleo para recibir instrucciones sobre dónde puede solicitar tratamiento.
6. Carson Medical Group no procesa los reclamos relacionados con automóviles o la responsabilidad de terceros. Usted deberá comunicarse con la compañía de seguros responsable de su cobertura para recibir instrucciones sobre dónde puede solicitar tratamiento.

Iniciales: _____

Pagos

1. Carson Medical Group recauda un pago *estimado* en el momento del registro según el nivel de servicio promedio y el monto permitido del seguro, cuando esté disponible, aunque esto solo sea un monto estimativo. En caso de que se presten más servicios (es decir, visita de nivel superior, pruebas, procedimientos o inyecciones), usted recibirá un resumen por la atención adicional después de que su seguro procese el reclamo. A fin de evitar cualquier interrupción en la atención, requeriremos el pago oportuno una vez recibido el resumen.
 - a. Es posible que se vuelvan a reprogramar las citas que no son de emergencia si hay saldos pendientes o si no se paga un copago en el momento del servicio. Si tiene dificultades financieras, infórmenos sobre esto y haremos lo mejor para trabajar con usted.
2. Carson Medical Group devolverá todo el dinero que no se le deban al consultorio médico.
 - a. Si realizó un pago en exceso a Carson Medical Group, y pagó con tarjeta de crédito o débito, le devolveremos, de manera automática y oportuna, todo monto de pago en exceso directamente a la tarjeta que se utilizó el día del pago.
 - b. Si realizó un pago en exceso a Carson Medical Group, y pagó con cheque o en efectivo, le enviaremos, de manera automática y oportuna, un cheque de reembolso si el monto es superior a \$5.00. Cualquier monto de \$4.99 o menos permanecerá en su cuenta y se aplicará a una futura visita, o bien, puede solicitar que se le reembolse dicho monto.

Iniciales: _____

Tarifas

1. Carson Medical Group establecerá una tarifa de \$25.00 por las transacciones realizadas con cheque o tarjeta de crédito que no se procesen debido a fondos insuficientes.
2. Carson Medical Group establecerá una tarifa de \$30.00 por los costos relacionados con la reemisión de un cheque perdido, robado o vencido.

Iniciales: _____

He leído y comprendo la Política financiera de Carson Medical Group descrita anteriormente. Acepto la responsabilidad detallada. Autorizo a Carson Medical Group a facturarle a mi seguro en mi nombre y aceptar el pago por los servicios prestados. Asimismo, cuando sea necesario, autorizo a la Oficina comercial de Carson Medical Group a comunicarse conmigo para conocer la información de contacto más actualizada que se detalló anteriormente, ya que esta se relaciona con la cobranza de deudas.

Firma

Fecha

Nombre (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

En este aviso, se describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica y cómo usted puede acceder a ella. Léalo con atención.

Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso, comuníquese con el médico o con nuestro administrador.

Nuestras obligaciones Estamos obligados por ley a lo siguiente: Mantener la privacidad de la información médica protegida, entregarle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y cumplir con los términos del aviso que están actualmente en vigor.

Vacunas Conforme a la Modificación de las Reglas de la Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico) del 26 de marzo de 2013, los padres y tutores pueden proporcionar un permiso general para que los proveedores de atención médica divulguen los registros de vacunación de estudiantes a escuelas, preescolares y guarderías a pedido del establecimiento. El Estado de Nevada exige esto a fin de garantizar que los estudiantes estén vacunados. La firma del padre, la madre o el tutor en esta Notificación de prácticas de privacidad servirá como otorgamiento de este permiso escrito general para la divulgación del registro de vacunas de un niño a pedido de la escuela.

Cómo podemos usar y divulgar la información médica

A continuación se describen las maneras en las que podemos usar y divulgar la información médica que lo identifica ("información médica"). A excepción de los siguientes propósitos, usaremos y divulgaremos la información médica únicamente con su permiso por escrito. Usted puede revocar dicho permiso en cualquier momento. Para ello, deberá escribirle al director de privacidad del centro médico.

Tratamiento Podemos usar y divulgar la información médica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de atención médica relacionados con este. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a médicos, enfermeros, técnicos u otro personal, incluidas las personas fuera de nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para brindarle dicha atención.

Actividades de atención médica Podemos usar y divulgar información médica para las actividades de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para garantizar que la atención obstétrica o ginecológica que recibe sea de la mejor calidad. Podemos compartir información con otras entidades que tengan algún tipo de vínculo con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de atención médica.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamientos y beneficios y servicios relacionados con la salud Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar

información médica para comentarle sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud que podrían interesarle.

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención Cuando sea adecuado, podemos compartir información médica con una persona involucrada en su atención médica o en el pago de dicha atención, como su familia o un amigo cercano. Asimismo, podemos notificar a su familia sobre su ubicación o estado de salud general o divulgar dicha información a una entidad que colabora en una tarea de rescate en caso de desastre.

Investigación En ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con la de aquellos que recibieron otro para la misma afección. Antes de usar o divulgar información médica para fines de investigación, el proyecto se someterá a un proceso especial de aprobación. Incluso sin la aprobación especial, podemos permitirles a los investigadores analizar los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden incluirse en el proyecto de investigación o con otros fines similares, siempre y cuando no retiren ninguna información médica ni le saque copia.

Pago Podemos usar y divulgar información médica para que podamos, al igual que otras personas, facturarle a usted, a su compañía de seguros o a un tercero el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos compartir la información de su plan médico para que otra parte pague el tratamiento.

Sus derechos

Según lo exigen las leyes Divulgaremos la información médica cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad Podemos usar y divulgar información médica cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, las divulgaciones se realizarán únicamente a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Socios comerciales Podemos divulgar la información médica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios, siempre que la información sea necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para que se encargue de los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales tienen la obligación de proteger la privacidad de su información y no pueden utilizar ni divulgar información que no sea la que se especifica en nuestro contrato.

Militares y veteranos Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica según lo exijan las autoridades de comando militares. También podemos divulgarla a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es un miembro de las fuerzas armadas extranjeras.

Indemnización laboral Podemos divulgar información médica para indemnizaciones laborales o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública Podemos divulgar información médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y defunciones; informar abuso o maltrato infantil; informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre retiros de productos que pueden estar utilizando; notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección, e informarle a la autoridad gubernamental adecuada si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, maltrato o violencia familiar. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud con el fin de realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Sus derechos (continuación)

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias

Podemos divulgar información médica a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También, podemos divulgar información médica a los directores de funerarias, cuando sea necesario para que cumplan con sus responsabilidades.

Demandas y disputas Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica en respuesta a una citación, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se ha intentado informarle sobre la solicitud o para obtener una orden a fin de proteger la información solicitada.

Seguridad pública Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario de seguridad pública, si la información: 1) se proporciona en respuesta a una orden judicial, una citación, un mandamiento, una orden de comparecencia o proceso similar.

2) es información limitada para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo directo o persona perdida; 3) sobre la víctima de un delito, incluso si, en ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener la aceptación de la persona; 4) sobre una muerte que creemos que fue el resultado de la conducta delictiva; 5) sobre la conducta delictiva en nuestras instalaciones; y 6) en una emergencia para denunciar un delito, el lugar donde se produjo el delito o donde se encuentran las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección para el presidente y otras personas

Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados, a fin de que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.

Individuos presos o en custodia Si usted está preso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de seguridad pública, podemos divulgar información médica a la institución correccional o al funcionario de seguridad pública. Esta divulgación sería necesaria: 1) para que la institución le brinde atención médica; 2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otras personas; o 3) para la seguridad de la institución correccional.

Donación de órganos y tejidos Si usted es donante de órganos, podemos usar o divulgar información médica a entidades que se encargan de la obtención de órganos, su almacenamiento en bancos o el transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:

Derecho a revisar y obtener copias Tiene derecho a revisar y obtener copias de la información médica que puede usarse para tomar decisiones acerca de su atención o el pago de dicha atención. Esto incluye historias clínicas y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información médica, debe enviarle una solicitud por escrito al médico.

Derecho a hacer enmiendas Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la corrijamos. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que la información sea conservada por o para la oficina. Para solicitar una enmienda, debe enviarle al médico una solicitud por escrito.

Derecho a solicitar restricciones Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos a los efectos de tratamientos, pagos o actividades de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite de la información médica que divulgamos a alguien que participa en su atención o en el pago de su atención, por ejemplo, un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe enviar una solicitud por escrito al médico o a nuestro administrador. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con esta a menos que se necesite la información para brindarle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de cierta manera o en una determinada dirección. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente por correo o en el trabajo. Para solicitar una comunicación confidencial, debe enviar una solicitud por escrito al médico o a nuestro administrador. En la solicitud, debe especificar cómo o dónde desea recibir comunicaciones. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso Tiene derecho a tener una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso en formato electrónico, sigue teniendo derecho a recibir una copia impresa. Para ello, comuníquese con el médico o con nuestro administrador.

Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones realizadas Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de la información médica para fines que no estén relacionados con tratamientos, pagos ni actividades de atención médica o para los cuales usted proporcionó autorización por escrito. Para solicitar un informe de las divulgaciones realizadas, debe enviarle una solicitud por escrito al administrador.

Modificaciones de este aviso Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso en cualquier momento, los cuales se aplicarían a la información médica ya archivada y a cualquier información que podamos recibir en el futuro. Publicaremos una copia del aviso más actualizado en nuestra oficina. La fecha de entrada en vigor de este aviso se indicará en el extremo inferior derecho del aviso.

Quejas Si cree que sus derechos a la privacidad fueron infringidos, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante la *Secretary of the Department of Health and Human Services* (Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos). Para presentar una queja ante nuestra oficina, comuníquese con el administrador. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No será sancionado por presentar una queja.

Aviso a los pacientes en relación con la destrucción de los registros de atención médica

En conformidad con las disposiciones de la subsección 7 del artículo 629.051 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS):

1. Los registros de atención médica de una persona de menos de 23 años no deben destruirse.
2. Los registros de atención médica de una persona que ha cumplido 23 años pueden destruirse. Dichos registros deben haberse conservado durante al menos 5 años o durante un período más extenso dispuesto por la ley federal.
3. Salvo que se disponga lo contrario en la sección 7 del artículo 629.051 de los NRS y salvo que la ley federal disponga un plazo más extenso, los registros de atención médica de un paciente de 23 años o más deberán destruirse después de 5 años conforme a la subsección 1 del artículo 629.051 de los NRS.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del paciente _____

Firma del garante/tutor _____ Vínculo _____

Nombre del garante/tutor en letra de imprenta: _____

Fecha de la firma _____

☐ El paciente se rehusó a firmar



Consentimiento para Divulgar Informacion de Salud Protegida

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que ninguna informacion medica protegida (que no sea como se describe en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Medico) se puede entregar a cualquier persona, incluidos conyuges, padres, otros miembros de la familia, personas importantes o amigos sin esta autorizacion. Los padre o tutores legales de un paciente menor de edad tendran acceso a la informacion medica del nino(a) excepto cuando lo prohíba la ley.

Al firmar esta autorizacion, autorizo a Carson Medical Group a divulgar mi informacion medica protegida a las siguientes personas.

Por favor marque el tipo de acceso que le gustaria que tuvieran.

Nombre : _____ Relacion: _____

☐ Informacion
de la Cita

☐ Datos de
Factura

☐ Informacion
Medica Detallada

☐ Recoger
Registros Medicos

☐ Acompañar a Visitas u
Consentimiento para
Tratamiento (Menor de
edad solamente)

Nombre: _____ Relacion: _____

☐ Informacion
de la Cita

☐ Datos de
Factura

☐ Informacion
Medica Detallada

☐ Recoger
Registros Medicos

☐ Acompañar a Visitas u
Consentimiento para
Tratamiento (Menor de
edad solamente)

Nombre: _____ Relacion: _____

☐ Informacion
de la Cita

☐ Datos de
Factura

☐ Informacion
Medica Detallada

☐ Recoger
Registros Medicos

☐ Acompañar a Visitas u
Consentimiento para
Tratamiento (Menor de
edad solamente)

Esta autorizacion no tiene fecha de vencimiento. Se dara por terminada cuando se retire por escrito o cuando se complete un formulario actualizado.

Firma del

Paciente/Madre/Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre

del Madre/Padre/Tutor: _____

(Menor de edad solamente)

(Favor de imprimir su nombre)

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual



HealthIE Nevada es una organización sin fines de lucro dedicada a conectar a la comunidad de salud para compartir información de manera segura y de forma electrónica y mejorar la calidad de los servicios médicos. Para obtener más información sobre el Intercambio de Información de la Salud (HIE), lea el folleto de información del Paciente. Usted puede preguntarle al médico que le dio este formulario, o ir a la página web www.healthIENevada.org.

Detalles sobre la información del paciente en HealthIE Nevada y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se utilizará su información y quién puede acceder a ella.** Cuando usted da su consentimiento, sólo los participantes de HealthIE Nevada (tales como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología, y farmacias), tendrán acceso a su información médica. Sólo se puede utilizar para:
 - Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes, usando la información de salud asociada.
2. **Tipos de información incluida y de dónde viene:** La información sobre usted proviene de organizaciones que le han brindado atención médica, y que son participantes de HealthIE Nevada. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, y otras organizaciones de salud. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que ha tenido (como la diabetes o un hueso roto), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que su médico le ha prescrito. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Esta información puede referirse a alguna condición de carácter delicada de salud, incluyendo, pero no limitado a:
 - Problemas de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de natalidad o aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades genéticas (hereditarias) y pruebas
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
3. **Acceso o divulgación inadecuada de su Información:** La información electrónica sobre usted puede ser revelada por un médico participante a otros sólo en la medida permitida por la Ley del Estado de Nevada. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información acerca de usted lo ha hecho, debe informárselo a su médico.
4. **Período de vigencia:** Su consentimiento se hace efectivo al momento de firmar este formulario y se mantendrá en vigor hasta el día en que usted lo revoque o HealthIE Nevada deje de existir como negocio.
5. **Revocar su consentimiento:** En cualquier momento, usted podrá revocar su consentimiento mediante la firma de un nuevo formulario de consentimiento y entregárselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico, o llamando al 855-484-3443. Los cambios en el estado de su consentimiento pueden tomar de 24-48 horas para activarse en el sistema.

Nota: Las organizaciones que tienen acceso a su información de salud a través de HealthIE Nevada, mientras su consentimiento esté en efecto, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso, si posteriormente usted decide retirar su consentimiento, no están obligadas a devolverlos o eliminarlos de sus registros.

6. **Cómo está protegida su información:** Las Leyes y Reglamentos Federales y Estatales protegen su información médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién pueda ver y recibir información sobre su salud, incluida la información electrónica de salud. Las protecciones de HIPAA se reforzaron aún más por otra ley federal, la Ley de Alta Tecnología de 2009, que puede imponer multas financieras severas a cualquiera que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información médica disponible en el HIE, incluyendo su información médica, está encriptada a las normas federales y es accesible sólo según lo permitido por la Ley del Estado de Nevada (NRS 439.590). Además, su médico debe proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo él o ella usa y protege su información médica.

Copia del Formulario: Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.



Por favor, lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información: (con letra de imprenta)

NOMBRE DEL PACIENTE

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

NOMBRE ANTERIOR (S)

GÉNERO: M F

DOMICILIO / P.O. BOX

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

EMAIL

FECHA DE NACIMIENTO

(MM)

(DD)

(AAAA)

Los pacientes de Nevada de Medicaid por favor lean: La ley de Nevada exige que "una persona que es un beneficiario de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede elegir que su información personal identificable de salud sea revelada por vía electrónica " (NRS 439.538). Cuando un paciente ya no es un beneficiario de Medicaid, es responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento, si es que decide hacerlo. Por favor firme abajo para indicar que está enterado.

Opciones de Consentimiento: (MARQUE UNA) Los pacientes de Nevada de Medicaid están exentos de hacer una selección.

Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser base para la negación de servicios de salud.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) a fin de proveerme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.

☐ **NO CONSIENTO** que ninguno de los participantes de HIE accedan a **NINGUNA** de mi información médica electrónica, **INCLUSO** en caso de una emergencia médica.

Firma del representante del paciente o autorizado

Fecha

Hora

Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma de "yo" o "mi" se refieren al paciente.

Nombre del representante autorizado (Impreso)

Relación

Fecha

Hora

Dirección del representante autorizado que firma este formulario (con letra de imprenta):

Número de teléfono del representante autorizado

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Nombre de la Organización: _____ Nombre del Testigo: _____

Como testigo de este Consentimiento, doy fe de que conozco al que firma arriba, o que se ha identificado con un documento con foto, tarjeta de seguro, o cualquier otra prueba de identidad generalmente aceptada por el área de salud.