



Fecha actual: _____

☐ Hombre ☐ Mujer Social Security #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Médico que deriva: _____ Médico de cabecera: _____

Farmacia: _____

Seguro Primario: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza/ID de Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ____ / ____ / ____

Relación con el Paciente: ☐ Mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Otro: _____

Situación laboral del paciente: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Estudiante
☐ Jubilado ☐ Discapacitado

Empleador: _____ Ocupación: _____

El paciente es un estudiante atleta?: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la institución: _____

Se trata de un reclamo de indemnización por accidente laboral?: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique el número de reclamo: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____



POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS

Con vigencia inmediata, Ortho El Paso & Precision Hand Surgery, PA han implementado una nueva política de cancelaciones y ausencias para todos los pacientes. Si no puede asistir a su cita, debe notificar a nuestra oficina con al menos **24 horas de anticipación**. No hacerlo resultará en un **cargo de \$50.00 por cancelación/ausencia**. Esta política también se aplicará a las citas programadas el mismo día.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA DE LLEGADAS TARDÍAS

Valoramos su tiempo y nos esforzamos por mantenernos a tiempo con todos nuestros pacientes. Nuestra oficina permite un **período de gracia de 15 minutos** para llegadas tardías. Si llega más de 15 minutos después de la hora programada de su cita, es posible que necesitemos **reprogramar su visita**.

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta esta política.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Entiendo que soy responsable de todos los **copagos, deducibles, coseguros y cualquier servicio no cubierto** según lo determine mi plan de seguro. Los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Los deducibles y coseguros se me facturarán después de que mi compañía de seguros procese el reclamo. Acepto proporcionar información de seguro precisa y actualizada en cada visita. Si mi seguro requiere una referencia o autorización, entiendo que es mi responsabilidad obtenerla antes de mi cita.

Cualquier saldo pendiente es mi responsabilidad y debe pagarse puntualmente al recibir un estado de cuenta. El incumplimiento de pago puede resultar en **cargos por mora, envío a cobranza o la reprogramación de citas futuras** hasta que el saldo sea resuelto.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto la política de responsabilidad financiera descrita anteriormente.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



Aviso y Consentimiento del Paciente

Jason Vourazeris, M.D. / Justin S. Mitchell, D.O. se reservan el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Ortho El Paso / Precision Hand Surgery Center.

Nombre del Paciente (en letra de molde o a máquina) Fecha de Nacimiento

AUTORIZACIÓN:

Por la presente autorizo cualquier tratamiento médico necesario para mí o para el menor mencionado anteriormente del cual soy legalmente responsable.

CESIÓN DE BENEFICIOS:

Autorizo el pago directo a Ortho El Paso y a Jason Vourazeris, M.D. o Justin S. Mitchell, D.O. de cualquier beneficio correspondiente por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi compañía de seguros.

REGISTROS MÉDICOS:

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguros. Una copia de esta autorización será válida como el original. No podemos aceptar la responsabilidad de cobrar sus reclamaciones de seguro ni de negociar un acuerdo en una reclamación en disputa.

Firma del Paciente

Firma del Representante del Paciente

(Requerido si el paciente es menor de edad o un adulto que no puede firmar el formulario)

Relación del Representante del Paciente con el paciente

Fecha



Ortho El Paso y Precision Hand Surgery

Formulario de Consentimiento HIPAA – Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Consentimiento para el Uso y Divulgación

Autorizo a Ortho El Paso y Precision Hand Surgery a usar/divulgar mi información de salud protegida (PHI) para:

- **Tratamiento** – Manejo y coordinación de mi atención médica
- **Pago** – Facturación y recepción de pagos por los servicios
- **Operaciones** – Actividades administrativas y de mejora de calidad

Divulgaciones Opcionales

Permito la divulgación de mi PHI a:

1. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Reconocimiento de Aviso de Privacidad

☐ He recibido el *Aviso de Privacidad* de Ortho El Paso y Precision Hand Surgery.

☐ No deseo una copia, pero entiendo que está disponible a solicitud.

Resumen de los Derechos del Paciente

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, excepto cuando ya se haya tomado alguna acción. Puedo solicitar restricciones, aunque Ortho El Paso y Precision Hand Surgery no están obligados a aceptarlas. El rechazo a firmar puede afectar mi atención si el uso de la PHI es necesario para el tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta (si no es el paciente): _____ Fecha: _____

Testigo del Personal: _____ Fecha: _____



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usos y Divulgaciones

Tratamiento.

Su información de salud puede ser utilizada por el personal o divulgada a otros profesionales de la salud para evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y brindarle tratamiento. Por ejemplo, los resultados de laboratorios estarán disponibles en su expediente para quienes participen en su cuidado.

Pago.

Su información puede ser utilizada para solicitar pagos de su seguro médico, aseguradoras de autos u otros medios como tarjetas de crédito. Por ejemplo, se podrá compartir con su plan de salud las fechas y detalles del tratamiento.

Operaciones de atención médica.

Su información podrá utilizarse para operaciones internas como presupuestos, reportes financieros y garantía de calidad por parte de Jason Vourazeris, M.D. o Justin Mitchell, D.O.

Cumplimiento legal.

Su información podrá divulgarse a agencias gubernamentales para auditorías, investigaciones legales y reportes obligatorios.

Salud pública.

Podremos reportar su información a autoridades de salud pública como lo exige la ley. Por ejemplo, enfermedades transmisibles deben reportarse.

Otros usos requieren autorización. Cualquier otro uso de su información requerirá su autorización escrita. Puede revocar dicha autorización por escrito, aunque no afectará usos hechos antes de la revocación.

Usos Adicionales de la Información

Recordatorios de citas.

Usaremos su información para enviarle recordatorios de citas.

Información sobre tratamientos. Podremos enviarle información relacionada con su condición o sobre productos/servicios de salud que puedan interesarle.

Sus Derechos

- Solicitar restricciones en el uso/divulgación de su información.
- Recibir comunicaciones confidenciales.
- Revisar y obtener copia de su expediente.
- Solicitar correcciones.
- Obtener informe de divulgaciones.
- Recibir copia impresa de este aviso.

Obligaciones de los Doctores

Jason Vourazeris, M.D. y Justin Mitchell, D.O. deben proteger su información y cumplir con este aviso. Estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica.

Derecho a Cambios

Podemos actualizar estas prácticas conforme cambien leyes. Podrá solicitar la versión más reciente en su próxima visita. Todos los cambios aplican a información pasada y futura.

Solicitudes de Acceso

Puede solicitar acceso o copia de su expediente por escrito. Solicite el formulario al personal o al Oficial de HIPAA. Su solicitud será evaluada según regulaciones.

Quejas

Puede enviar comentarios o quejas a:

Oficial de HIPAA: Jason Vourazeris, M.D., Ortho El Paso, 12770 Edgemere Blvd, Bldg F, El Paso, TX 79938 Justin Mitchell, D.O., Precision Hand Surgery, 12770 Edgemere Blvd, Bldg F, El Paso, TX 79938

No habrá represalias por presentar una queja.

Contacto Para más información, comuníquese con:

Oficial de HIPAA: Jason Vourazeris, M.D., Ortho El Paso, 12770 Edgemere Blvd, Bldg F, El Paso, TX 79938 Justin Mitchell, D.O., Precision Hand Surgery, 12770 Edgemere Blvd, Bldg F, El Paso, TX 79938

Fecha de Vigencia: 1 de agosto de 2015



Fecha actual: _____

☐ Hombre ☐ Mujer Social Security #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Médico que deriva: _____ Médico de cabecera: _____

Farmacia: _____

Seguro Primario: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza/ID de Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ____ / ____ / ____

Relación con el Paciente: ☐ Mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Otro: _____

Situación laboral del paciente: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Estudiante
☐ Jubilado ☐ Discapacitado

Empleador: _____ Ocupación: _____

El paciente es un estudiante atleta?: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la institución: _____

Se trata de un reclamo de indemnización por accidente laboral?: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique el número de reclamo: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____