

OrthoEl Paso

Formulario de registro del paciente Fecha actual: _____

Información del paciente	Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer N.º de Seguro Social: _____ - _____ - _____
	Nombre completo _____
	Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____
	Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____
	Dirección de correo electrónico: _____ Farmacia: _____
Médico que deriva: _____ Médico de cabecera: _____	
Información del seguro principal	Seguro principal: N.º de grupo del seguro: _____ N.º de identificación del seguro: _____
	Nombre del seguro: _____ Monto de copago: _____
	Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
	Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
	N.º de Seguro Social del suscriptor: _____ - _____ - _____ Empleador: _____
	Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro secundario	Seguro secundario: N.º de grupo del seguro: _____ N.º de identificación del seguro: _____
	Nombre del seguro: _____ Monto de copago: _____
	Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
	Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
	N.º de Seguro Social del suscriptor: _____ - _____ - _____ Empleador: _____
	Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____
Información adicional	Situación laboral del paciente: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado
	Empleador: _____ Ocupación: _____
	¿El paciente es un estudiante atleta?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique la institución: _____
	¿Se trata de un reclamo de indemnización por accidente laboral?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique el número de reclamo: _____
	Contacto de emergencia: Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Ortho El Paso

El **Dr. Jason Vourazeris, M.D.**, o el **Dr. Justin S. Mitchell, D.O.**, se reservan el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para **Ortho El Paso/ Precision Hand Surgery Center**.

Nombre del paciente (en letra de imprenta o a máquina) Fecha de nacimiento

AUTORIZACIÓN:

Por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico necesario para mí o mi hijo menor de edad mencionado anteriormente, por quien soy legalmente responsable.

CESIÓN:

Doy mi permiso para el pago directo a Ortho El Paso y al Dr. Jason Vourazeris, M.D., o al Dr. Justin S. Mitchell, D.O., por cualquier beneficio adeudado por los servicios prestados. Comprendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de que estén o no cubiertos por mi compañía de seguros.

HISTORIA CLÍNICA:

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos del seguro. La copia de esta autorización tiene la misma validez que su documento original. No podemos aceptar la responsabilidad de cobrar su reclamo del seguro o de negociar un acuerdo de un reclamo disputado.

Firma del paciente

Firma del representante del paciente

(Obligatorio si el paciente es menor de edad o incapaz de firmar el formulario).

Relación del representante con el paciente

Fecha

Ortho El Paso

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Usos y divulgaciones

Tratamiento. Los miembros del personal pueden utilizar su información de salud o esta se puede divulgar a otros profesionales de atención médica para los fines de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y brindar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorio y de los procedimientos estarán disponibles en su historia clínica para todos los profesionales de la salud que puedan brindar tratamiento o a quienes los miembros del personal les puedan realizar consultas.

Pago. Su información de salud se puede usar para buscar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura, como una compañía de seguros de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que puede usar para pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de los servicios, los servicios prestados y la afección médica por la que recibe tratamiento.

Operaciones de atención médica. Su información de salud se puede usar según sea necesario para respaldar actividades diarias y la administración del **Dr. Justin S. Mitchell, D.O.**, o del **Dr. Jason Vourazeris, M.D.** Por ejemplo, se puede usar la información sobre los servicios que recibió para respaldar informes financieros y de presupuestos, así como para actividades con el fin de evaluar y promover la calidad.

Cumplimiento de la ley. Su información de salud se puede divulgar a las autoridades policiales para respaldar auditorías e inspecciones gubernamentales, facilitar investigaciones para el cumplimiento de la ley y cumplir con los informes solicitados por el gobierno.

Informes de salud pública. Su información de salud se puede divulgar a agencias de salud pública según lo exija la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar determinadas enfermedades contagiosas al departamento de salud pública del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización. La divulgación de su información de salud, o su uso para cualquier fin que no sea alguno de los que se mencionan anteriormente, requieren su autorización específica por escrito. Si cambia de idea después de autorizar el uso o la divulgación de su información, puede presentar por escrito una revocación de dicha autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni anulará el uso o la divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos notifique sobre su decisión de revocar la autorización.

Usos adicionales de la información

Recordatorios de citas. Nuestro personal utilizará su información de salud para enviar recordatorios de citas.

Información sobre tratamientos. Su información de salud se puede usar para enviarle información que puede encontrar interesante sobre el tratamiento y el control de su afección médica. También es posible que le enviemos información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.

Ortho El Paso

Derechos individuales

Usted tiene determinados derechos en virtud de las normas federales de privacidad. Entre estos derechos se incluyen los siguientes:

- Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida.
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales con respecto a su afección médica y su tratamiento.
- Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- Derecho a modificar su información de salud protegida y a presentar correcciones.
- Derecho a recibir información sobre cómo se divulgará su información de salud protegida y a quién.
- Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Dr. Jason Vourazeris, M.D., Dr. Justin S. Mitchell, D.O.: obligaciones

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad.

También nos exige cumplir con las políticas y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas de privacidad pueden ser necesarios debido a cambios en leyes y regulaciones federales y estatales. A petición, le proporcionaremos el aviso revisado más reciente en cualquier visita al consultorio. Las políticas y las prácticas revisadas se aplicarán a toda la información de salud protegida que conservemos.

Solicitudes para inspeccionar la información de salud protegida

En general, puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que conservamos. Según lo permita la regulación federal, pedimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para obtener acceso a sus registros comunicándose con el **personal hospitalario** o con un **oficial de la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro Médico** (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Su solicitud se revisará y, por lo general, se aprobará, a menos que existan motivos legales o médicos para *rechazarla*.

Quejas

Si desea presentar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta en la que describa sus inquietudes a:

Oficiales de la HIPAA:

**Dr. Jason Vourazeris, M.D., o Dr. Justin S. Mitchell, D.O.,
12770 Edgemere Blvd, Bldg F, El Paso, TX 79938**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe comunicarse con nosotros para hablar al respecto. Envíe una carta en la que describa la causa de su inquietud a la misma dirección. No se le impondrán sanciones ni se tomarán represalias de ningún tipo contra usted por presentar una queja.

Persona de contacto

El nombre y el domicilio de las personas con las que puede comunicarse para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad es:

Oficiales de la HIPAA:

**Dr. Jason Vourazeris, M.D., o Dr. Justin S. Mitchell, D.O.,
12770 Edgemere Blvd, Bldg F, El Paso, TX 79938**

Fecha de entrada en vigencia: Este aviso entra en vigencia a partir del 1.º de agosto de 2015.