

Para que podamos acelerar el proceso de su cita, por favor asegúrese de llegar por lo menos 15-30 minutos antes. Además, por favor traiga lo siguiente con usted a su cita:

1. Paquete de nuevo paciente
2. Todas las tarjetas de seguro aplicables
3. Licencia de conducir o alguna otra forma de identificación con foto
4. Una forma de pago si usted tiene un debido co-pago o deducible.  
Para su conveniencia tomamos:
  - a. Efectivo
  - b. Cheques
  - c. Tarjeta de Débito
  - d. Visa, MasterCard, American Express and Discover
5. Lista de los medicamentos que está tomando actualmente
6. Los resultados de laboratorio o radiografías que son pertinentes para su cita
7. Los expedientes médicos de su médico de referencia

Esperamos contar con su presencia. Si tiene que cancelar o cambiar la fecha de su cita, por favor dé avisar a la oficina por lo menos 24 horas antes de su cita.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Paciente que es visto hoy)**

Fecha	Nombre del Paciente: Apellido	Primer Nombre:	Segundo Nombre	
Dirección (residencia permanente)		Ciudad	Estado	Zip
Dirección (dirección temporal)		Ciudad	Estado	Zip
Género	Fecha de Nacimiento	Status: [ ] Casado [ ] Viudo [ ] Soltero [ ] Divorciado [ ] Separado		Teléfono de Casa
Seguro Soc.#	Ocupación	Empleado Por		Teléfono de Trabajo
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado	Zip	
Licencia de Conducir	E-mail Address			Teléfono Celular #

**INFORMACIÓN RESPONSABLE (Si el paciente es menor de 18 años responsable debe estar presente)**

Relación al Paciente	Nombre del Paciente: Apellido	Primer Nombre:	Teléfono de Casa	
Dirección de Casa		Ciudad	Estado	Zip
Seguro Soc.#	Ocupación	Empleado Por	Telefono de Trabajo	
Dirección de Empleador	Ciudad	Estado	Zip	
Esposo Nombre (y Apellido si es diferente)	Empleado Por	Telefono		

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (DEBE LLENAR COMPLETAMENTE A EFECTOS DE VERIFICACION) ¿Tiene seguro? Si  No**

Compañía Aseguradora	Copay Amount	Asegurado	Asegurado Fecha de Nacimiento / /	Relación del paciente con asegurado			
				Self	Spouse	Child	Other
Dirección de la Compañía de Seguros				Phone			
Seguro Soc.#	Policy /ID #	Medicare #	Medicaid #				
2 <sup>nd</sup> Compañía Aseguradora	Copay Amount	Asegurado	Policy holder Date of Birth / /	Relación del paciente con asegurado			
				Self	Spouse	Child	Other
Seguro Soc.#	Policy /ID #	Dirección de la Compañía de Seguros	Telefono				

**INFORMACIÓN DE LESIONES (Debe ser llenado por completo)**

¿Qué tipo de lesiones se le viera por? (indicar la derecha oa la izquierda si es necesario)

¿Es este un trabajo relacionado? Si [ ] No [ ] ¿Quién es el portador de la industria de su empresa?

Accidentes o Lesiones (Por favor marque con un círculo)	Fecha del accidente o lesión	Place of Accident: [ ] Work [ ] Auto [ ] Home [ ] School [ ] Other
Nombre de la Escuela	Deporte	¿Cómo se daño sufrido?

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL LUGAR DE LA LESIÓN:**

**CONTACTO DE EMERGENCIA / remitir la información MÉDICO:**

CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE COMPLETO / Relación con el Paciente):	Teléfono (obligatorio)
Médico remitente (nombre y dirección):	Teléfono (obligatorio)

**Fuente de referencia (¿Cómo se enteró de nosotros?)**

Billboard / Señalización  Correo Directo  Familiares / Amigos  Hospital  Plan de Seguro  Internet / Web   
Periódico / Revista  Radio  Seminario  Anuncio Televisión / Radio  Páginas Amarillas

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

1. Por la presente voluntariamente su consentimiento para la atención ambulatoria en el Permian Premier Health Services, que incluye procedimientos diagnósticos de rutina, exámenes y tratamiento médico, incluyendo (pero no limitados a) el trabajo de rutina de laboratorio (tales como sangre, orina y otros estudios), la toma de rayos X, los registros cardiacos y la administración de los medicamentos recetados por los médicos.
2. Además doy mi consentimiento a la realización de los procedimientos de diagnóstico, los exámenes y la prestación de tratamiento médico de las clínicas Permian Premier Health Services, y sus médicos y asistentes médicos como sea necesario a juicio del personal médico.
3. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá en efecto mientras que (él / ella) asistir a cualquier clínica de salud de Permian Premier Health Services.
4. Por la presente autorizo a mi compañía de seguros (s) de pago de Permian Premier Health Services, las clínicas de todos los beneficios que yo, si alguna, por razón de servicio que se describe en las declaraciones rendidas y según lo dispuesto en el contrato de la póliza con mi compañía de seguro(s).
5. Esta forma se ha explicado a mí y entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o  
Persona autorizada a consentir por el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el paciente es un menor de edad o es incapaz de dar su consentimiento, \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

A. Paciente es menor de edad \_\_\_\_\_ años.

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

B. Paciente es incapaz de dar su consentimiento debido a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada a dar consentimiento

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

**\*\* SE REQUIERE \*\* LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Yo autorizo la entrega de la información médica necesaria para procesar mi reclamo. Como una cortesía a nuestros pacientes que van a presentar la reclamación a su compañía de seguros con el entendimiento de que no es el paciente / garante, su / su compañía de seguros es responsable del pago de esta cuenta

Firma del Paciente (o Parte Responsable): \_\_\_\_\_ Fecha de

Firma \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

## Pacientes PERSONALES DE PAGO

Como una cortesía a nuestros pacientes de pago de carácter personal se le extienden un descuento del 35% de los pagos recibidos en el momento de los servicios en nuestras instalaciones.

\*\*\*\* **NOTA** \*\*\*\* **NO SE APLICA PARA LAS SIGUIENTES:**

- **PESO EN CIRUGÍA.** La cirugía para bajar
- **FAA EXÁMENES**
- **Inyecciones plasma rico en plaquetas**

## Notificaciones

Yo autorizo para Permian Premier Health Services (PPHS) para notificarme de las próximas citas a través de diversos métodos de comunicación, como notas recordatorias, llamadas telefónicas, mensajes de texto o correo electrónico. Para optar por recibir notificaciones de mensajes de texto, por favor mandar un texto con la siguiente palabra **TXMD** al **622622**. Usted puede optar detener las notificaciones de mensajes de texto al enviar un texto con la palabra **STOP** al **622622**

## MODALIDADES DE PAGO

Los servicios son exigibles a la fecha de realización o de la recepción de la declaración mensual. Si se requieren plazos largos en los balances, Gerente de la Oficina de nuestras clínicas tendrá que ponerse en contacto para establecer un calendario de pagos. Para su conveniencia aceptamos VISA, MASTER CARD, American Express y Discover Card.

## CARGOS POR FINANCIAMIENTO

**El cargo financiero es una tasa de porcentaje anual del 18% aplicado al saldo de 90 días después de deducir los pagos y créditos.**

## SUS DERECHOS DE FACTURACIÓN (Una copia de este aviso puede ser suministrado bajo pedido)

Este aviso contiene información importante sobre sus derechos y nuestra responsabilidad bajo la Ley de Fair Credit Billing Act.

## El paciente es responsable de notificarnos en caso de errores o preguntas acerca de su factura:

Si usted piensa que su proyecto de ley (declaración) es erróneo, o si necesita más información acerca de una transacción en su factura, escríbanos o llámenos tan pronto como sea posible. Debemos saber de usted, a más tardar 60 días después de que le enviemos la primera factura en donde el error o problema. Puede llamarnos por teléfono, sin embargo usted debe hablar con un miembro de la oficina de negocios, dejando un mensaje no preservará sus derechos.

En su carta, la siguiente información debe ser proporcionada:

- Su nombre y número de cuenta
- El monto en dólares del supuesto error.
- Describa el error y explique, si puede, ¿por qué usted cree que hay un error.

## Sus derechos y nuestras responsabilidades después de recibir su notificación por escrito:

Debemos recibir de su carta dentro de 30 días, a menos que hayamos corregido el error para entonces. Dentro de los 60 días que debe corregir el error o explicar por qué creemos que la factura era correcta.

Después de recibir su carta, no podemos intentar cobrar ningún monto que usted cuestione o informarlo como delincuente. Podemos seguir una factura por la cantidad no se trate, incluidos los cargos por financiamiento y podremos aplicar cualquier monto impago contra su límite de crédito. Usted no tiene que pagar ningún monto cuestionado mientras estemos investigando, pero usted aún estará obligado a pagar las partes de su factura que no estén en cuestión. Si descubrimos que cometimos un error de facturación en su cuenta, usted no tendrá que pagar los cargos por financiamiento relacionados con el monto cuestionado. **SI ENCONTRAMOS SU CARGOS EN LA CUENTA CORRECTA, PUEDE TENER QUE PAGAR CARGOS POR FINANCIAMIENTO Y TENDRÁ QUE COMPENSAR TODOS LOS PAGOS NO REALIZADOS EN EL MONTO CUESTIONADO.** En cualquier caso, le enviaremos una declaración de la cantidad que adeuda y la fecha en que se debe. **SI EN ESE MOMENTO, USTED NO PAGA EL SALDO DE SU CUENTA, QUE PODEMOS INFORMARMARLO COMO DELINQUENTE.**

## MANAGED CARE/COMMERCIAL INSURANCE

**PACIENTE ES RESPONSABLE DE CUALQUIER COPAGOS, DEDUCIBLES O SERVICIOS NO CUBIERTOS COMO DICTADOS POR SU PLAN DE CUIDADO MANEJADAS. ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES ANTES DE HACER UNA CITA, PARA CONFIRMAR CON SU COMPAÑIA DE SEGUROS SI EL MEDICO ESTA CUBIERTO COMO UN PROVEEDOR DE LA RED PARA SU PLAN. EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR SERVICIOS PRESTADOS POR PERMIAN PREMIER HEALTH SERVICES, INC. MÉDICO QUE NO SON LOS PROVEEDORES O PROVEEDORES DE LA RED POR SU PLAN.**

Si se produce un exceso de pago, PERMIAN PREMIER HEALTH SERVICES, Inc. le devolverá al paciente o a la compañía de seguros, el que se debe, en un plazo razonable de tiempo.

**Declaro que las respuestas anteriores y las declaraciones son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Por la presente reconozco que he haber leído este documento en su totalidad, y de acuerdo con todos los términos de este documento.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada

## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Debemos brindarle nuestro "Aviso sobre prácticas de privacidad". Revise esta información. Entregue la portada completa a la recepcionista. Puede conservar el aviso adjunto o entregarlo junto con la portada.

**Proporcione la siguiente información.**

Su nombre (paciente) en letra de imprenta

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Se me ha proporcionado una copia del "Aviso sobre prácticas de privacidad".

Su firma (paciente o representante personal)

Si se trata de un representante personal, descripción de la autoridad del representante personal:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje con información médica en el contestador de su "hogar"?  Sí  No  
¿Podemos dejar un mensaje con información sobre una consulta en el contestador de su "hogar"?  Sí  No

Escriba a continuación el nombre, la relación y el número de teléfono de cualquier persona autorizada (cónyuge, familiar, amigo, cuidador, etc.) con la que podamos analizar su información médica o financiera.

	<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de teléfono</b>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

O BIEN

Si no quiere que analicemos la información médica o financiera con nadie excepto usted, firme a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor legal

**LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES PRIVADA Y CONFIDENCIAL Y SE COLOCARÁ EN SU CUADRO.**

***PERMIAN PREMIER HEALTH SERVICES, INC***

**Fecha de entrada en vigencia de la HIPPA: 14 de abril de 2003**  
**Aviso conjunto sobre prácticas de privacidad**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA  
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A  
ESTA INFORMACIÓN.**

**REVISE ESTO DETENIDAMENTE.**

1. **Objetivo:** Permian Premier Health Services y su grupo de profesionales, empleados y voluntarios, y todas sus entidades afiliadas (en conjunto denominadas “clínica”), siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. La clínica conserva su información médica en registros que se mantendrán confidenciales, tal como lo exige la ley. No obstante, la clínica debe utilizar y divulgar su información médica en la medida necesaria para brindarle atención médica de calidad. Para ello, la clínica debe compartir su información médica según sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y atención médica.
2. **Coordinación de atención médica organizada.** La clínica y el personal médico participan juntos en una coordinación de atención médica organizada con el objetivo de brindarle atención médica en la clínica. Este aviso se aplica a médicos y otros miembros del personal médico que hayan aceptado cumplir estos términos con respecto a los servicios que prestan en la clínica o en un departamento de la clínica. Este aviso no crea ninguna relación de sucursal, empresa conjunta ni ninguna otra relación legal entre aquellos cubiertos por el aviso. En virtud de este acuerdo, la clínica puede compartir su información médica según sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y atención médica.
3. **¿Cuáles son las operaciones de tratamiento, pago y atención médica?** El tratamiento implica compartir información entre proveedores de atención médica relacionados con su atención. Por ejemplo, su médico puede compartir información sobre su condición con el farmacéutico para analizar los medicamentos adecuados o con el radiólogo u otros especialistas para poder dar un diagnóstico. La clínica puede utilizar su información médica según lo requiera su asegurador o HMO para obtener el pago por su tratamiento y estadía en la clínica. También podemos utilizar y divulgar su información médica para mejorar la calidad de atención, *por ejemplo*, con fines de revisión y capacitación.
4. **¿De qué manera utilizará la clínica mi información médica?** Se puede utilizar su información médica (a menos que solicite restricciones sobre un uso o divulgación específicos) para los siguientes fines:
  - Directorio de la clínica, que puede incluir su nombre, estado general y su ubicación en la clínica.
  - Afiliación religiosa a un capellán de la clínica o miembro del clero.
  - Familiares o amigos cercanos relacionados con su atención o pago por su tratamiento.
  - Agencia de alivio en caso de desastre si se encuentra implicado en una iniciativa de alivio en caso de desastre.
  - Recordatorios de consultas.
  - Para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios o servicios relacionados con su salud. (Tendrá oportunidad de negarse a recibir esta información).
  - Actividades para recaudar fondos realizadas por la fundación de la clínica, pero esta información se limitará a su nombre, dirección, número de teléfono y las fechas en que recibió servicios en la clínica. (Tendrá oportunidad de negarse a recibir estos comunicados).
  - Según lo exija la ley.
  - Actividades de salud pública, incluidas la prevención de enfermedades, lesiones o discapacidad; informe de nacimientos y muertes; informe de abuso de menores o negligencia; informe de reacciones a medicamentos o problemas de productos; notificación de retiradas; control de enfermedades infecciosas; notificación a autoridades del gobierno sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica (si está de acuerdo o según lo exija la ley).

- Actividades de supervisión de la salud, *por ejemplo*, auditorías, inspecciones, investigaciones y otorgamiento de licencias.
  - Juicios y conflictos. (Intentaremos brindarle un aviso anticipado de una citación judicial antes de divulgar la información).
  - Cumplimiento de la ley (*por ejemplo*, en respuesta a la orden de un tribunal u otros procesos legales; para identificar o ubicar a una persona buscada por las autoridades; sobre la víctima de un delito bajo circunstancias restringidas; sobre una muerte que puede haber sido el resultado de una conducta delictiva; sobre una conducta delictiva que sucedió dentro de las instalaciones de la clínica; y en circunstancias de emergencia relacionadas con la entrega de información sobre un delito).
  - Jueces de instrucción, examinadores médicos y directores de funerarias.
  - Donación de órganos y tejidos.
  - Determinados proyectos de investigación.
  - Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad.
  - A autoridades de mando militar si es miembro de las fuerzas armadas o un miembro de una autoridad militar extranjera.
  - Actividades de seguridad e inteligencia nacionales.
  - Protección del Presidente u otras personas autorizadas para jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.
  - Presos. (Se puede divulgar a la institución información médica sobre presos en instituciones correccionales).
  - Indemnización laboral. (Se puede divulgar su información médica sobre beneficios por enfermedades relacionadas con el trabajo según corresponda).
  - Para llevar a cabo funciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica a través de asociados comerciales, *por ejemplo*, para instalar un nuevo sistema informático.
5. **Para otras divulgaciones se necesita su autorización.** Excepto como se describió anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica a menos que usted autorice (permita) a la clínica por escrito a divulgar su información. Puede revocar el permiso, que será efectivo solo a partir de la fecha de su revocación escrita.
6. **Tiene derechos con respecto a su información médica.** Tiene los derechos que se mencionan a continuación con respecto a su información médica, siempre y cuando haga una solicitud por escrito para invocar el derecho en el formulario proporcionado por la clínica:
- **Derecho a solicitar una restricción.** Puede solicitar limitaciones sobre la información médica que utilicemos o divulguemos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (*por ejemplo*, puede pedirnos que no divulguemos que se lo sometió a una cirugía en particular), pero no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia.
  - **Derecho a comunicados confidenciales.** Puede solicitar comunicados de una forma determinada o en un lugar determinado, pero debe especificar cómo y dónde desea que se le contacte.
  - **Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica con respecto a decisiones sobre su atención; no obstante, no puede inspeccionar ni copiar las anotaciones de psicoterapia. Podemos cobrar un cargo por el copiado, el envío y los suministros. Bajo circunstancias limitadas, se puede denegar su solicitud; puede solicitar la revisión de la denegación por parte de otro profesional de atención médica con licencia elegido por la clínica. La clínica cumplirá con el resultado de la revisión.
  - **Derecho a solicitar una modificación.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una modificación en el formulario proporcionado por la clínica, que requiere determinada información específica. La clínica no tiene la obligación de aceptar la modificación.
  - **Derecho al detalle de divulgaciones.** Puede solicitar una lista de las divulgaciones que se hayan hecho de su información médica a personas o entidades que no sean para tratamiento, pago u operaciones de atención médica en los últimos seis (6) años, pero no anteriores al 14 de abril de 2003. Luego de la primera solicitud, podemos cobrar un cargo.

- **Derecho a una copia de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si se le brindó una copia electrónica.

7. **Requisitos con respecto a este aviso.** La clínica debe por ley brindarle este aviso. Nos regiremos por este aviso mientras esté vigente. La clínica puede modificar este aviso y estos cambios entrarán en vigencia para la información médica que tengamos sobre usted y cualquier información que recibamos en el futuro. Cada vez que se registre en la clínica como paciente para recibir servicios de atención médica, puede recibir una copia del aviso vigente en ese momento.

Podemos comunicarnos con usted por teléfono o correo para brindarle recordatorios de consultas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

### **Quejas**

Si le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la persona que se menciona a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias en su contra por presentarle al gobierno una queja sobre nosotros. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es:

U.S. Department Of Health and Human Services  
HIPAA Complaint  
7500 Security Blvd., C5-24-04  
Baltimore, MD 21244

### **Nuestra promesa a usted**

La ley y las regulaciones le exigen que proteja la privacidad de su información médica, que le brindemos este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida y que cumplamos los términos de este aviso vigente de prácticas de privacidad.

### **Preguntas y persona de contacto para solicitudes**

Si tiene preguntas o desea realizar una solicitud de conformidad con los derechos descritos anteriormente, comuníquese con:

Permian Premier Health Services  
615-467-1264

**Este aviso estará vigente a partir de la siguiente fecha: 1.º de marzo de 2010**

Podemos modificar nuestras políticas y este aviso en cualquier momento y aplicar dichas políticas revisadas a toda la información médica protegida que conservamos. Si modificamos nuestro aviso, o cuando lo hagamos, publicaremos el nuevo aviso en la oficina en un lugar visible.