

Para: **Texas IPS**

De: _____

Fax: **(210) 690-7405**

Teléfono: _____

Gracias por elegir Texas IPS, PLLC y sus proveedores afiliados. En un esfuerzo por agilizar su proceso de admisión como nuevo paciente, por favor complete los formularios de nuevos pacientes antes de su cita y envíelos por fax o tráigalos con usted a su cita.

Elementos que debe traer a su cita:

- 1.) Formularios de nuevo paciente
- 2.) Tarjeta(s) de seguro y licencia de conducir
- 3.) Cualquier y todos los registros médicos recientes
- 4.) Medicamentos actuales.

Información de la Oficina: Texas IPS, PLLC

4458 Medical Dr. Suite 505
San Antonio, TX 78229
T: (210) 690-7400 F: (210) 690-7405

Gracias nuevamente por elegir a Texas IPS. Si tiene alguna pregunta, por favor siéntase libre de contactar al personal de nuestra oficina. Esperamos verle pronto.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Autorizo a Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados a divulgar cualquier información médica solicitada por las compañías aseguradoras con las que tengo cobertura o cualquier agencia pública que pudiera estar ayudando con el pago de mi atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIO:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo asociado con Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados con respecto a mi atención médica. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:

Autorizo que el pago de beneficios sea pagado directamente a los proveedores afiliados de Texas IPS, PLLC. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación. Autorizo reembolsos de los beneficios de seguro pagados en exceso, cuando mi cobertura está sujeta a la coordinación de beneficios. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos que surjan del cobro del pago, incluyendo los honorarios de abogados.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

Por medio de la presente autorizo a los proveedores afiliados de atención médica a realizar exámenes médicos y a proporcionar cualquier tratamiento médico considerado necesario. Esto incluye, pero no se limita a, todos los exámenes médicos requeridos, pruebas de función pulmonar, espirometría, tomografías computarizadas, rayos X y/o procedimientos médicos/quirúrgicos.

RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL PACIENTE:

Por medio de la presente acepto que todos los cargos, deducibles, coaseguros y copagos aplicables son mi responsabilidad y deben ser pagados al momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho acuerdos de pago.

CANCELACIÓN DE CITAS:

Por medio de la presente acepto hacer todos los intentos de llamar a la oficina al menos 24 horas antes de que necesite que una cita sea cancelada o reprogramada.

CAMBIO DE INFORMACIÓN:

Por medio de la presente acepto proporcionar a la oficina cualquier información relacionada con cambios en mi dirección, número de teléfono, beneficios de salud o información de seguro.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados deben proporcionarle a usted una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual establece cómo pudiéramos usar y/o divulgar la información sobre su salud. Al firmar abajo indica el reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestra oficina.

FIRMA AUTORIZADA:

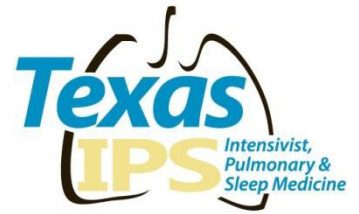
Autorizo que he leído este documento y que cumpliré con las políticas indicadas arriba. También entiendo y acepto que Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados se reservan el derecho de terminar la relación médico/paciente por el incumplimiento de cualquiera de las políticas anteriores.

Nombre del paciente (Letra imprenta)

Fecha

Firma del paciente

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de la información protegida de salud



Por medio de la presente le doy mi consentimiento para que la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados usen y divulguen información protegida de salud (IPS) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO) [El Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones].

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. La oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados se reservan el derecho a revisar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Administrador de Prácticas.

Con este consentimiento, la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados pueden llamar a mi casa o a otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que pueda apoyar la práctica de llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, asuntos relacionados con el seguro y cualquier llamada referente a mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados pueden enviar por correo a mi casa o a otra ubicación alternativa cualquier elemento que pueda apoyar la práctica de llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorios de citas y declaraciones de pacientes.

Con este consentimiento, la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados pueden enviar emails a mi casa o a otra ubicación alternativa en cualquier momento para apoyar la práctica de llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorios de citas y declaraciones de pacientes. Tengo el derecho de solicitar que la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados restrinjan cómo usan o divulgan mi IPS para llevar a cabo TPO. Sin embargo, el consultorio no tiene la obligación de aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, queda obligado por medio de este acuerdo.

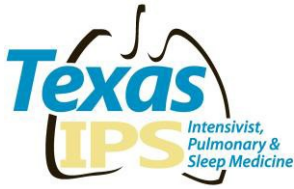
Al firmar este formulario, doy mi consentimiento de que la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados usen y divulguen mi IPS para llevar a cabo TPO. Puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida que el consultorio ya haya hecho divulgaciones confiando en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o si luego lo revoco, la oficina de Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados pudieran negarse a proporcionarme tratamiento.

Firma del paciente o representante legal

Nombre del paciente en letra imprenta

Nombre del representante legal en letra imprenta

Fecha



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Cuestionario de salud para paciente nuevo

Historial social:

¿Vive en el área de San Antonio? Sí No

Si no, ¿dónde vive? _____

Vive con su: Hijos Compañero(a) de cuarto Pareja
 Cónyuge Otro familiar Solo(a)

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Alguna vez ha estado expuesto(a) a una cantidad significativa de?

- Asbesto
- Polvo orgánico
- Polvo de arenado
- Químicos o gases tóxicos

¿Alguna vez ha fumado tabaco?: Sí No

(Indique en un círculo) Cigarros, Cigarrillos,
 Tabaco para masticar, Pipa

Si sí: por cuántos años: _____ en un promedio de cuántos
 paquetes por día _____ en qué año lo dejó (si es el caso) _____

¿Bebe alcohol regularmente? Sí No

Si sí, ¿cuántas? Botellas de cerveza Copas de vino Tragos
 _____ por Día Semana Mes

¿Se ha expuesto(a) a una(s) persona(s) infectadas con tuberculosis? Sí No

¿Ha tenido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, cuándo _____

¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? Sí No Si sí, ¿qué tipo? _____

¿Tiene mascotas? Perro(s) Gato(s) Ave(s)

Otro _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:

¿Hay algún problema médico en su familia? Padre Madre Hermano Hermana

Alergias Asma Cáncer Enfisema

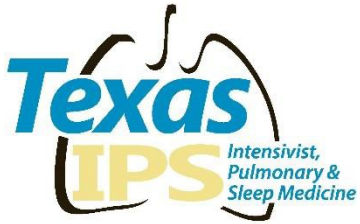
Problemas cardíacos Tuberculosis

Otros problemas respiratorios / pulmonares (por favor especifique) _____

Otros (por favor enumere a continuación): _____

Revisión de Sistemas / Síntomas
<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Escalofríos
<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Escupir sangre
<input type="checkbox"/> Silbido
<input type="checkbox"/> Dificultar para respirar al acostarse horizontalmente
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/> Presión en el pecho
<input type="checkbox"/> Congestión / Flujo nasal
<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Nausea / Vómitos
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Problemas de memoria
<input type="checkbox"/> Marcha inestable
<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Dolor / Inflamación de articulaciones
<input type="checkbox"/> Hinchazón de pierna
<input type="checkbox"/> Irritación en la piel
<input type="checkbox"/> Tolerancia alta/baja a la temperatura
<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos agrandados
<input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes
<input type="checkbox"/> Somnolencia diurna
<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Depresión

Revisado por Dr. Fecha: ____/____/____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Registro de medicamentos

Vacuna antigripal: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Pneumovax: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	--

Medicina / Dosis / Frec.	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

Firma del/de la enfermero(a): _____			
Oxígeno	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tasa de flujo:
CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Fecha del estudio de sueño: / /
Nebulizador	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Compañía DME:			

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

TEXAS IPS, PLLC

4458 Medical Dr. Suite 505, SAN ANTONIO, TEXAS 78229

Fecha efectiva: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos con mantener la confidencialidad de su información médica. Mantenemos un registro de la atención médica que proporcionamos y pudiéramos recibir dichos registros de terceros. Usamos estos registros para proporcionar o para habilitar a otros proveedores de atención médica a proporcionar atención médica de calidad, para obtener pagos por servicios proporcionados a usted según lo permitido por su plan de salud y para darnos la capacidad de cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales de operar esta práctica médica adecuadamente. La ley nos requiere mantener la privacidad de la información protegida sobre salud, proporcionarles a los individuos un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información protegida sobre salud, y notificar a los individuos afectados tras una filtración no asegurada de información protegida sobre salud. Este aviso describe cómo pudiéramos usar y divulgar su información médica. También describe sus propios derechos y obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección encontrada arriba.

A. Cómo este consultorio médico pudiera usar o divulgar su información sobre salud

Este consultorio médico recoge información acerca de su salud y la almacena en un historial, en una computadora y/o en un registro electrónico de salud/registro personal de salud. Este es su registro médico. Este registro médico es propiedad de este consultorio médico, pero la información en el registro médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información sobre su salud para los siguientes propósitos:

1. **Tratamiento.** Usamos esta información médica sobre usted para proporcionarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otros que estén involucrados en el proceso de proporcionarle la atención que usted necesita. Por ejemplo, pudiéramos compartir su información médica con otros médicos o con otros proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que nosotros no proveemos. O pudiéramos compartir esta información con un farmacéuta que la necesite para despacharle una receta médica a usted, o a un laboratorio que lleve a cabo una prueba. También pudiéramos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarle si sufre una enfermedad o una lesión, o después de que fallezca.
2. **Pago.** Usamos y divulgamos información médica sobre usted para obtener el pago por los servicios que proporcionamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información que quiere antes de que nos pague. También pudiéramos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarles a obtener el pago por los servicios que le han proporcionado a usted.
3. **Operaciones de atención médica.** Pudiéramos usar y divulgar información médica sobre usted para operar este consultorio médico. Por ejemplo, pudiéramos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que proporcionamos, o la competencia y cualificaciones de nuestro equipo de profesionales. O pudiéramos usar y divulgar esta información para hacer que su plan de salud autorice servicios o derivaciones. También pudiéramos usar y divulgar esta información como fuera necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluyendo detección de fraude y abuso y programas de cumplimiento y planificación y gestión comercial. También pudiéramos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como por ejemplo nuestro servicio de facturación, el cual nos realiza servicios administrativos. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos socios comerciales que contiene términos que les exige a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y seguridad de su información protegida sobre salud. También pudiéramos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica, centros de intercambios de información sobre servicios médicos o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando estos soliciten esta información para ayudarse con sus actividades de evaluación de calidad y mejoras, sus actividades de seguridad del paciente, sus esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica, su desarrollo de protocolos, actividades de gestión de casos o coordinación de atención, sus revisiones de competencia, cualificaciones y desempeño de profesionales de salud; sus programas de formación, sus actividades de acreditación, certificación o licencias; o sus esfuerzos de detección de fraudes y abusos y cumplimiento en atención médica. También pudiéramos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención médica, centros de intercambios de información sobre servicios médicos y planes de salud que participan con nosotros en los "acuerdos organizados de atención médica" (OHCA, por sus siglas en inglés) para cualquiera de las operaciones de atención médica de los OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que proporcionan servicios de atención médica de forma colectiva. El Oficial de Privacidad puede poner a su disposición un listado de los OCHA en los que participamos.
4. **Recordatorios de citas.** Pudiéramos usar y divulgar información médica para contactarle y recordarle acerca de sus citas. Si usted no

se encuentra en casa, pudiéramos dejar esta información en su contestador automático o dejarle un mensaje con la persona que conteste el teléfono.

5. Formulario de admisión. Podríamos usar y divulgar información médica sobre usted al hacer que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podríamos llamarle por su nombre que estemos listos para verle.
6. Notificación y comunicación con la familia. Podríamos divulgar su información sobre su salud para notificar o ayudar a notificar a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado acerca de su ubicación, su condición general o, a menos que usted haya dado instrucciones de lo contrario, en caso de su fallecimiento. En el caso de un desastre, podríamos divulgar información a un organismo de socorro para que ellos puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podríamos divulgar información a alguna persona que esté involucrada en su cuidado o ayude a pagar por su cuidado. Si usted es capaz de y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas divulgaciones, aunque podríamos divulgar esta información en caso de un desastre incluso pasando por alto su objeción, si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de la emergencia. Si usted no es capaz de o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor juicio para comunicarse con sus familiares y otros.
7. Marketing. Siempre y cuando no recibamos ningún pago por hacer estas comunicaciones, podríamos contactarle para darle información acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, gestión de caso o coordinación de caso, o para dar instrucciones sobre o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o instalaciones médicas que pudieran interesarle. Igualmente podríamos describir productos o servicios proporcionados por este consultorio e informarle acerca de en cuáles planes de salud participa este consultorio. También podríamos alentarle a mantener un estilo de vida saludable, hacerse pruebas recomendadas y participar en un programa de manejo de enfermedades; darle pequeños regalos, contarle acerca de programas de salud patrocinados por el gobierno o alentarle a comprar un producto o servicio cuando le veamos, por el cual podríamos recibir un pago. Finalmente, podríamos recibir una compensación que cobra nuestro costo por recordarle tomar y reponer sus medicamentos, o de otra manera comunicarle acerca de un fármaco o un biológico que actualmente le sea recetado a usted. De lo contrario, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines de comercialización ni aceptaremos ningún pago por otras comunicaciones de marketing sin su autorización previa por escrito. La autorización divulgará si recibimos alguna compensación por cualquier actividad de marketing que usted autorice, y detendremos cualquier actividad futura de marketing en la medida en que usted revoque dicha autorización.
8. Venta de información sobre salud. No venderemos su información sobre su salud sin su autorización previa por escrito. La autorización divulgará que recibiremos una compensación por su información sobre su salud si usted nos autoriza a venderla, y detendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que usted revoque dicha autorización.
9. Requerimientos de la ley. Como lo requiere la ley, usaremos y divulgaremos su información sobre su salud, pero limitaremos nuestro uso y divulgación a los requerimientos relevantes de la ley. Cuando la ley nos exija reportar un abuso, negligencia o violencia doméstica, o responder a procedimientos judiciales o administrativos o de funcionarios de organismos de seguridad, cumpliremos con los requerimientos establecidos a continuación concernientes a esas actividades.
10. Salud pública. Podríamos, y a veces nos lo exige la ley, divulgar la información sobre su salud a autoridades de salud pública por propósitos relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; reportar abuso o negligencia contra un niño, anciano o adulto dependiente; reportar violencia doméstica, reportar problemas con productos y reacciones a medicamentos ante la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y reportar exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando reportemos una sospecha de abuso a ancianos o adultos dependientes o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal oportunamente, a menos que en nuestro mejor juicio profesional creamos que la notificación pudiera ponerle en riesgo de un daño serio, o que la notificación requiera que le informemos a un representante personal que creamos que sea el responsable del abuso o daño.
11. Actividades de supervisión de la atención médica. Podríamos, y a veces nos lo exige la ley, divulgar la información sobre su salud a agencias de supervisión de la atención médica durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, obtención de licencias y otros procedimientos, sujetos a las limitaciones impuestas por la ley.
12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podríamos, y algunas veces nos lo exige la ley, divulgar la información sobre su salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podríamos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han hecho los esfuerzos razonables de notificarle a usted acerca de la solicitud y usted no la ha objetado, o si sus objeciones han sido resueltas por una orden judicial o administrativa.
13. Aplicación de la ley. Podríamos, y algunas veces nos lo exige la ley, divulgar la información sobre su salud a un funcionario de un organismo de seguridad para propósitos como identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; cumplir con una orden judicial, citación del gran jurado y otros propósitos de aplicación de la ley.
14. Forenses. Podríamos, y algunas veces nos lo exige la ley, divulgar la información sobre su salud a forenses en conexión con sus investigaciones de fallecimientos.

15. Donación de órganos y tejidos. Podríamos divulgar la información sobre su salud a organizaciones involucradas en la obtención, depósito o trasplante de órganos y tejidos.
16. Seguridad pública. Podríamos, y algunas veces nos lo exige la ley, divulgar la información sobre su salud a las personas apropiadas para prevenir o atenuar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o del público en general.
17. Prueba de vacunación. Previa autorización suya, divulgaremos en su nombre o de su dependiente una prueba de vacunación a una escuela que tenga requerido tenerla antes de admitir a un estudiante.
18. Funciones gubernamentales especializadas. Podríamos divulgar la información sobre su salud por propósitos de seguridad militar o nacional o a instituciones penitenciarias o funcionarios de organismos de seguridad que le tengan a usted bajo su custodia legal.
19. Indemnización por accidente laboral. Podríamos divulgar la información sobre su salud según sea necesario para cumplir con las leyes de indemnización por accidente laboral. Por ejemplo, en la medida que su cuidado sea cubierto por una indemnización por accidente laboral, haremos informes periódicos acerca de su condición para su empleador. También se nos requiere por ley informar casos de lesiones ocupacionales o enfermedades ocupacionales al empleador o a la aseguradora de indemnizaciones por accidentes laborales.
20. Cambio de propiedad. En el caso de que este consultorio médico sea vendido o fusionado con otra organización, su información/registro médico pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar que copias de su información sobre su salud sea transferida a otro médico o grupo médico.
21. Notificación de filtración. En el caso de una filtración de información protegida sobre salud no asegurada, le notificaremos según lo requiere la ley. Si nos proporciona una dirección de email actual, podríamos usar el email para comunicarle información relacionada con la filtración. En algunas circunstancias la notificación pudiera ser proporcionada por un socio comercial. También podríamos proporcionar información por otros métodos según sea apropiado [Nota: Use la notificación por email sólo si tiene la certeza de que no contiene PHI (información protegida de salud, por sus siglas en inglés) y que no divulgará información inapropiada. Por ejemplo, si su dirección de email es "socioconfermedadigestiva.com", un email enviado a esta dirección podría, de ser interceptado, identificar al paciente y a su condición].
22. Investigación. Podríamos divulgar la información sobre su salud a investigadores que lleven a cabo investigaciones relacionadas con aquello para lo que no se requiera su autorización por escrito, según lo aprobado por un Consejo de Revisión Institucional o un consejo de privacidad, en cumplimiento con las leyes vigentes.

B. Cuándo este consultorio médico no pudiera usar o divulgar su información sobre su salud

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, este consultorio médico, consistente con sus obligaciones legales, no usará o divulgará información sobre salud que le identifique a usted sin su autorización por escrito. Si usted sí autoriza a este consultorio médico a usar o divulgar la información sobre su salud para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

c. Sus derechos sobre la información sobre su salud

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de la información sobre su salud a través de una solicitud por escrito especificando qué información quiere limitar, y qué limitaciones sobre nuestro uso o divulgación de esa información desea que se impongan. Si nos dice que no le divulguemos información a su plan de salud comercial relacionada con elementos de la atención médica o servicios por los cuales usted pagó completamente por su cuenta, obedeceremos su solicitud, a menos que tengamos que divulgar la información por razones de tratamiento o legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos acerca de nuestra decisión.
2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar recibir la información sobre su salud de una forma en específico o en una ubicación en específico. Por ejemplo, usted puede pedir que le enviemos la información a una cuenta de email en particular o a su dirección de oficina. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.
3. Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información sobre su salud, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito que detalle a qué información quiere acceder y si quiere inspeccionarla o copiarla, y si quiere una copia, su forma y formato deseado. Le proporcionaremos copias en la forma y formato que solicitó si es fácilmente reproducible, o le proporcionaremos un formato alternativo que usted considere aceptable, o si no podemos aceptar y mantenemos el registro en un formato electrónico, su elección de un formato electrónico legible o formato impreso. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que usted designe por escrito. Cobraremos una tarifa razonable que cubra nuestros costos por el trabajo, suministros, franqueo y, si se solicita y se acuerda con anticipación, el costo de preparar una explicación o resumen. Podríamos negar su solicitud bajo circunstancias limitadas. Si negamos su solicitud de acceder a los registros

de su hijo o a los registros de un adulto incapacitado representado por usted porque creemos que permitir el acceso pudiera razonablemente causar un daño sustancial al paciente, usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión. Si negamos su solicitud de acceder a sus notas de psicoterapia, usted tendrá el derecho de hacer que sean transferidas a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a modificar o complementar. Usted tiene el derecho a solicitar que modifiquemos la información sobre su salud que usted crea que está incorrecta o incompleta. Usted debe hacer una solicitud por escrito para modificar, e incluir las razones por las que cree que la información está incorrecta o incompleta. No se nos requiere cambiar la información sobre su salud, y le proporcionaremos información acerca de la negación de este consultorio médico y cómo usted puede discrepar de esta negación. Pudiéramos negar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación), si a usted no se le tuviera permitido inspeccionar o copiar la información en cuestión, o si la información es correcta y completa tal como está. Si negamos su solicitud, usted pudiera presentar una declaración por escrito de su desacuerdo con esa decisión, y nosotros pudiéramos, a su vez, preparar una refutación por escrito. Toda la información relacionada con cualquier solicitud de modificación será mantenida y divulgada en conjunto con cualquier divulgación subsiguiente de la información disputada.
5. Derecho a recibir un informe detallado sobre la divulgación de su información. Usted tiene derecho a recibir un informe detallado sobre las divulgaciones de la información sobre su salud hechas por este consultorio médico, excepto si este consultorio médico no tiene que dar un informe excepto que esta práctica médica no tiene que dar cuenta de las divulgaciones proporcionadas a usted o de acuerdo con su autorización escrita, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad, o divulgaciones por propósitos de investigación o salud pública las cuales excluyan identificadores directos del paciente, o las cuales sean incidentales a un uso o divulgación de otra forma permitidos o autorizados por la ley, o divulgaciones a una agencia de supervisión de atención médica o a un funcionario de un organismo de seguridad en la medida que este consultorio médico haya recibido una notificación de ese organismo o funcionario de que proporcionar este informe detallado podría razonablemente impedir sus actividades.
6. Derecho a una copia en papel o electrónica de este aviso. Usted tiene derecho a ser notificado acerca de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sobre su salud, incluyendo el derecho a tener una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si usted solicitó previamente recibirlo por email.

Si le gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si le gustaría ejercer uno o más de estos derechos, contacte a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección encontrada en la parte superior de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se hagan dichas modificaciones, la ley nos exige cumplir con los términos de este Aviso actualmente vigente. Después de que una modificación haya sido hecha, el Aviso de Protecciones de Privacidad revisado aplicará a toda la información protegida de salud que mantengamos, independientemente de cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción, y una copia estará disponible en cada cita. También publicaremos el aviso actual en nuestro sitio web.

E. Quejas

Las quejas acerca de este Aviso de Prácticas de Privacidad o cómo este consultorio médico maneja la información sobre su salud, deben ser dirigidas a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección encontrada en al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

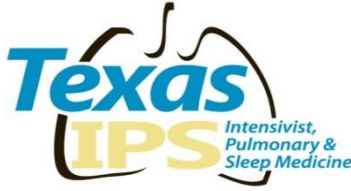
Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja una queja, usted puede enviar una queja formal a:

Jorge Lozano, Gerente Regional, Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Sociales de los
Estados Unidos
1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202
Teléfono (800) 368-1019 FAX (214) 767-0432 TDD (800) 537-7697]

OCRMail@hhs.gov

Puede encontrar el formulario de quejas en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. No se le penalizará de ninguna forma por presentar una queja.

Oficial de Privacidad: Chris Mathis
Dirección: 4458 Medical Dr. Suite 505, San Antonio, Texas 78229 Teléfono:
210-690-7400 Fax: 210-690-7405



Autorización del paciente para la divulgación de la Información Protegida de Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: ____/____/____
Dirección: _____ SS#: _____-____-_____

Por medio de la presente autorizo al médico / consultorio (Médico/Consultorio divulgador) indicado abajo a divulgarle mi Información Protegida de Salud (información contenida en mis registros médicos) a Texas IPS, PLLC y los proveedores afiliados de atención médica.

Médico / Consultorio divulgador: _____ Teléfono: (____)____-_____

Descripción de la información a ser divulgada:

<input type="checkbox"/> Historial médico completo	<input type="checkbox"/> Informes / Pruebas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Rayos X de pecho	<input type="checkbox"/> Pruebas de espirometría
<input type="checkbox"/> Pruebas de función pulmonar	<input type="checkbox"/> Pruebas / Resultados de ECG
<input type="checkbox"/> Notas de la oficina	<input type="checkbox"/> Resultados de monitor Holter

La Información Protegida de Salud será divulgada a:

Texas IPS
At.: Registros Médicos
4458 Medical Dr. Suite 505
San Antonio, Texas 78229
T: (210) 690-7400 F: (210) 690-7405

Propósito de la divulgación:

<input type="checkbox"/> Continuar la atención	<input type="checkbox"/> Cambio de doctor
<input type="checkbox"/> Derivación a un especialista	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Entiendo lo siguiente:

- 1). Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a Texas IPS, PLLC.
- 2). Pudiera no ser capaz de revocar esta autorización una vez que la oficina ha utilizado la información recibida, o si la autorización fue obtenida como condición para obtener una cobertura de seguro.
- 3). Texas IPS, PLLC no condicionará el tratamiento o pago en función de mi firma de esta autorización.
- 4). La información divulgada por esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte de Texas IPS, PLLC y ya no estará bajo protección de la ley federal.
- 5). He revisado esta Autorización y entiendo su propósito e intención.
- 6). Esta Autorización es válida hasta que o a menos que le envíe por escrito una solicitud de revocación al consultorio.

Firma del paciente

Fecha

Nombre (si no es el paciente)