



Información de Paciente Nuevo

INFORMACION DEL PACIENTE

Que medico lo mando a nuestra clinica hoy?

Nombre (Apellido, Primer Nombre) Direccion

Numero de Telefono

Nombre de **Doctor Familiar -PCP** (Apellido, Primer Nombre)

Dirección de Consultorio

Número de Teléfono



SEGURO MEDICO PRINCIPAL

_____ ¿Suscriptor del la cobertura? Uno mismo Otro _____
Nombre del Seguro Medico

INFORMACION DEL SUSCRIPTOR (Si no uno mismo, llene esta información)

_____ M / F

Por favor de enseñar al personal de registro con:



Autorización para Divulgar Información del Expediente Medico, Consentimiento para Recibir Tratamiento Medico y Asignación de Beneficios

Autorización para Divulgar Información del Expediente Medico

Iniciales Yo concedo autorización para que UT Medicine San Antonio divulgue cualquiera información medica incluyendo diagnosis, rayos equis, resultados de exámenes, reportes y expedientes pertenecientes al tratamiento o examinación otorgados a mi. Entiendo que esta información medica puede ser usada para cualquiera de los siguientes propósitos: diagnostico, seguro medico, legal, y en algunas veces cuando UT Medicine San Antonio lo considere necesario para asegurar que se rinda el mejor tratamiento medico posible. Aun más, entiendo que cualquier persona(s) que reciban este expediente, no divulgará la información obtenida bajo esta autorización a ninguna otra organización o persona sin primero haber obtenido un consentimiento firmado por mí.

Consentimiento para Recibir Tratamiento Medico

Iniciales Como adulto autorizado, estoy de acuerdo en permitir que los médicos y el personal de UT Medicine San Antonio, otorguen tratamiento medico a mi, mi hijo(a) o al paciente que represento, así sea aplicable. Al firmar esta forma, estoy de acuerdo en permitir a los médicos y personal de UT Medicine San Antonio para ejecutar cualquier tarea necesaria o apropiada para otorgar cuidado medico, incluyendo examen, diagnostico y tratamiento.

Asignación de Beneficios

Iniciales Por este medio, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos incluyendo los beneficios médicos principales, a los que tengo derecho que puede ser Medicare, seguro medico privado o otra póliza de seguro medico, a UT Medicine San Antonio. Entiendo que soy responsable en verificar que mi póliza de seguro medico participe con los médicos de UT Medicine San Antonio y en corregir cualquier información incorrecta de mi seguro medico. Me hago responsable por todos los cargos a mi cuenta si es que no son pagados por mi seguro medico. Por este medio, autorizo a UT Medicine San Antonio a que divulgue

o N
MPRIR
Firma de Paciente o Guardián legal : _____ Fecha: _____
Relación con el Paciente _____
Testigo: _____ Fecha: _____



UT Medicine San Antonio

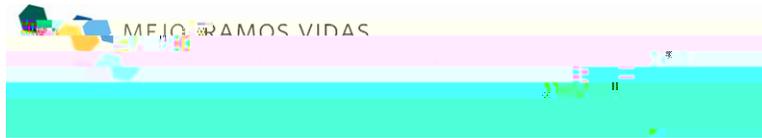
AVISO PARA PEDIR LA DIVULGACIÓN DE NÚMERO DE SEGURO



UT Medicine San Antonio
Consentimiento Para el Acceso y el Reconocimiento del
Recibo del Aviso Para el Número de Seguro Social

CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO DEL NÚMERO DE SEGURO
SOCIAL PARA LA FACTURACIÓN Y LA COLECCION AL PACIENTE

Consiento por este medio al acceso de mi



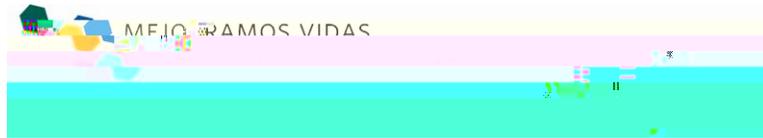
Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR INFORMACION REFERENTE A SU SALUD Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION

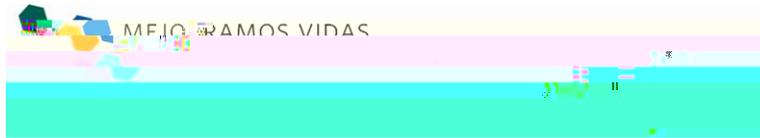
FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

Propósito: La Universidad de Texas Health Science Center at San Antonio ("UT Health Science Center"), su facultad, estudiantes, residentes, empleados, voluntarios, y sus afiliados (UT Medicine Physicians Group y sus clínicas) siguen las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. UT Health Science Center mantiene información sobre su salud en expedientes que se guardan de una manera confidencial de acuerdo a la ley. UT Health Science Center debe utilizar y divulgar o compartir su información médica según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica para proporcionarle atención médica de calidad.

Uso y divulgación de su información médica para el Tratamiento, Pago y Operaciones de atención médica: UT Health Science Center ha de utilizar y divulgar parte de su información de salud para llevar a cabo su negocio. Se nos permite usar y divulgar información de salud sin su autorización. El t

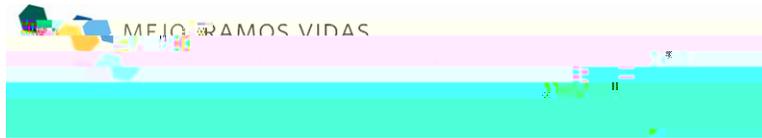


- Recordatorio de citas.*
- Actividades públicas de salud, incluyendo prevención de enfermedades, heridas, o incapacidades; reportes de nacimientos y muertes; reportes de reacciones a medicinas, o problemas con productos; notificación de llamado de productos, control de enfermedades contagiosas; aviso a las autoridades del gobierno si hay sospecha de abuso, abandono, o violencia domestica.
- Actividades para investigar el cuidado de salud como auditorias, inspecciones, investigaciones, y procedimientos para obtener licencia.
- Aplicación de la ley, como exige la ley legal, federal, estatal o local.
- Demanda o disputa, en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, petición de descubrimiento o solicitud legal.
- Investigadores de causas de fallecimiento, examinadores médicos, y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejido orgánico.
- Algunos proyectos de investigación los cuales requieren un proceso especial aprobado por la Universidad.
- Para prevenir una amenaza grave de salud o seguridad.
- A las autoridades de servicio militar si usted es miembro de las fuerzas de servicio militar o miembro de una autoridad de servicio militar extranjero.
- A personas autorizadas a conducir investigaciones especiales de seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Compensación a Trabajadores. Si es apropiado daremos información sobre su salud referente a beneficios que haya recibido por causa de accidentes de trabajo.
-



- Derecho a pedir restricciones. Usted puede pedir limitaciones en la información de su salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento de salud, sobre pagos o operaciones del cuidado de su salud, aunque no es requerido cumplir con su petición. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos que tuvo un procedimiento en particular. Pero si es necesario, se dará información en caso de emergencia para su tratamiento. Nosotros le notificaremos por escrito si su petición fue aceptada o no.
- Derecho a comunicaciones confidenciales. Usted puede pedir que las comunicaciones sobre la información referente a su salud sean manejadas de cierta manera o en un cierto lugar, pero es necesario que nos indique como y donde desea ser localizado.
- Derecho de revisar y hacer copias. Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su expediente médico o de su salud. Copias de las notas de Psicoterapia no serán inspeccionadas o duplicadas. Posiblemente habrá un costo por las copias, envío y materiales. En circunstancias limitadas, su petición puede ser rechazada; usted puede pedir que se haga una revisión del rechazo de su petición por otro profesional licenciado del cuidado médico elegido por UT Health Science Center. UT Health Science Center cumplirá con los resultados de dicha revisión.
- Derecho a pedir enmienda. Si usted cree que la información que tenemos referente a su salud es incorrecta o esta incompleta, usted puede solicitar una enmienda en la forma prevista por el UT Health Science Center. UT Health Science Center no está obligado a aceptar su enmienda.
- Derecho a rendición de cuentas de información revelada. Usted podrá solicitar una lista de la información revelada acerca de su salud a personas o entidades que no tengan ninguna relación con el tratamiento del cuidado de su salud, pagos o manejo de operaciones durante los últimos seis (6) años, para los expedientes de papel y 3 años para los expedientes electrónicos. Probablemente habrá un costo después de la primera petición.
- Derecho de obtener una copia de este Aviso. Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento aunque haya recibido una copia electrónica. Usted puede obtener una copia electrónica de este Aviso en nuestro sitio Web (Web site), <http://www.uthscsa.edu/hipaa/patientrights.asp>. Si desea mas información sobre estas prácticas, consulte dicho sitio donde encontrará información mas detallada con relación a este Aviso.

Requisitos Con Respecto a Este Aviso. La ley requiere que UT Health Science Center le de una copia de este Aviso. Cumpliremos con este aviso mientras esté vigente. UT Health Science Center podrá hacer cambios a este Aviso y estos cambios serán efectivos para la información actual referente a su salud que tenemos enter





Notificación Sobre el Aviso Recibido de las Prácticas Privadas

Su nombre y firma en esta página indica que usted a recibido una copia de la Información de Prácticas Privadas de UT Health Science Center en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de las Prácticas Privadas de UT Health Science Center, favor de comunicarse con un representante de la Clínica o con el Oficial de Privacidad del Paciente de UT Health Science Center, como lo indica el aviso recibido.

Nombre del paciente (Manuscrito): _____

Si esta representando al paciente, nombre (Manuscrito): _____

Indique su relación con el paciente (Manuscrito): _____

Número de cuenta o número de expediente: _____

Firma: _____

Fecha de aviso recibida: _____