

NP PACKET - SPANISH VERSION

Estimado(a) paciente,

¡Gracias por elegir a Dallas Renal Group! Hemos adjuntado los formularios para nuevos pacientes que deben ser completados antes de su cita.

Por favor, traiga lo siguiente a su cita:

- **Formularios para nuevos pacientes**
- **Una identificación con foto**
- **Tarjeta de seguro médico**
- **Todos sus medicamentos, incluyendo aquellos de venta libre**

Si olvida traer el paquete de formularios, por favor llegue 15 minutos antes de la hora de su cita para que pueda completarlos en ese momento.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Dallas Renal Group

Teléfono: (972) 274-5555

Fax: (972) 274-5663

Fecha de hoy: _____

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (Por favor use su nombre legal completo, sin apodos)

*Apellido: _____ *Nombre: _____
*Fecha de nacimiento: ____/____/____ *Celular: _____
Teléfono de casa: _____ *Correo electrónico: _____
Preferencia de contacto (circule una): Celular Correo electrónico
*Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
*Número de Seguro Social: _____ Número de Licencia de Conducir: _____
*Sexo: _____ Raza: _____ *Idioma preferido: _____ ¿Hispano? (circule uno): Sí No
Tipo de empleo (circule uno):
Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Temporal/Contrato Jubilado Desempleado
Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo #: _____
*Ocupación actual/anterior: _____ Dirección del trabajo: _____

*Médico de atención primaria nombre: _____ Teléfono #: _____
*Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____
*Dirección de la farmacia: _____

*Nombre del contacto de emergencia: _____ *Parentesco: _____
*Número de teléfono de emergencia #: _____

Por favor, díganos cómo se enteró de nosotros: Referido por: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE: (Si es diferente al paciente)

*Apellido: _____ *Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____
*Fecha de nacimiento: _____ *Número de Seguro Social: _____
*Parentesco: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (O COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO)

***Primario:** Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono #: _____ ID #: _____ Grupo #: _____
Titular: _____ Parentesco: _____
***Secundario:** Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono #: _____ ID #: _____ Grupo #: _____
Titular: _____ Parentesco: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Nombre: _____ **Fecha de hoy:** _____
Alergias: _____

Revisión de sistemas: Por favor, circule todos los que correspondan.

Constitucional: Fiebre Escalofríos Pérdida/Aumento de peso Sudores nocturnos Debilidad Fatiga Pérdida de apetito Náuseas

Ojos: Visión borrosa Dolor Secreción Picazón Cambios en la visión Glaucoma Ceguera Gafas/Lentes de contacto

Oídos/Nariz/Garganta: Audífono Izquierdo/Derecho Pérdida de audición Dolor de oído Zumbido en los oídos
Secreción nasal Dolor de garganta

Cardiovascular/Periférico: Dolor en el pecho Dificultad para respirar Fatiga Palpitaciones Edema Claudicación
Entumecimiento

Respiratorio: Falta de aire Tos Sibilancias Asma Tanque de oxígeno ___L/min

Gastrointestinal: Dolor abdominal Reflujo Náuseas Vómitos Hemorroides Estreñimiento

Genitourinario: Incontinencia Frecuente Hematuria/Sangre en la orina Disuria/Dolor al orinar Cálculos renales
Masculino: Disfunción eréctil Femenino: Secreción vaginal

Musculoesquelético: Dolor en las articulaciones Problemas de espalda Artritis Dolores musculares Parálisis
Hinchazón en las extremidades

Piel: Lesiones en la piel Erupción Picazón Urticaria

Neurológico: Desmayos Debilidad focal Entumecimiento/Hormigueo Convulsiones Mareos Problemas de equilibrio

Psiquiátrico: Antecedentes psiquiátricos Ansiedad Depresión Pérdida de memoria Abuso de sustancias

Endocrino: Diabetes Intolerancia al calor y al frío Enfermedad tiroidea

Hematológico: Anemia Sangrado Problemas de coagulación Glándulas inflamadas Moretones

Sueño: Ronquidos Somnolencia excesiva durante el día Apnea observada

Otros: Hepatitis Tipo _____ VIH Potasio alto Potasio bajo

***Cáncer:** _____ (Por favor escriba N/A si no aplica)

DALLAS RENAL GROUP

Leaders in Kidney Care

Antecedentes médicos: Por favor circule todos los que correspondan.

Colesterol alto	Gota	Obesidad	Hipertensión	Demencia	Fibrilación auricular (Afib)
Enfermedad de las arterias coronarias	EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	Sangrado gastrointestinal	Insuficiencia cardíaca congestiva	Osteoartritis	Infecciones urinarias frecuentes
Trasplante de riñón	Accidente cerebrovascular	Convulsiones	Aneurisma de la aorta abdominal	Cáncer	Cálculos renales

Problemas no mencionados en las dos secciones anteriores:

Antecedentes quirúrgicos: Marque las cirugías que haya tenido y escriba el año.

Cirugía	Año	Cirugía	Año
Apendicectomía	_____	Bypass de arteria coronaria	_____
Biopsia de riñón	_____	Enfermedad renal:	_____
Amigdalectomía	_____	Cáncer:	_____
Vesícula biliar	_____	Hipertensión:	_____
Histerectomía	_____	Enfermedad cardíaca:	_____
Próstata	_____	Marcapasos:	_____
Biopsia de mama	_____	Otro:	_____
Mastectomía	_____	Otro:	_____

¿Se ha realizado algún estudio de imagen (MRI, TAC, ultrasonido, etc.) en los últimos 6 meses?

No **Sí, ¿cuándo y qué estudio?:** _____

¿Alguna vez ha recibido quimioterapia o inmunoterapia? **No** **Sí, ¿cuándo y qué estudio?:** _____

¿Tiene algún implante metálico? **No** **Sí, ¿cuándo y qué estudio?:** _____

Antecedentes familiares: Por favor, circule todos los que correspondan y escriba el parentesco.

Enfermedad renal _____ Enfermedad cardíaca _____ Diabetes _____ Cáncer _____

Historia social: Por favor, circule y escriba las explicaciones.

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Con pareja Viudo(a)

Con quién vive (circule todos los que correspondan): Solo(a) Cónyuge Hijos Padres Amigo(a)
Otro: _____

Educación: Diploma de secundaria GED Algo de universidad Graduado universitario

Consumo de tabaco: No fumador Exfumador Fumador: _____ cigarrillos por día

Consumo de alcohol: Ninguno Ocasional: _____ Diario: _____

Consumo de drogas: Nunca Anteriormente: _____ Actualmente: _____

Consumo de cafeína: Nunca Algo: _____ tazas por día

DALLAS RENAL GROUP
Leaders in Kidney Care

Fecha de hoy: _____

Historial de medicamentos

(Incluye medicamentos con receta, de venta libre y/o suplementos vitamínicos):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis / Concentración</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>¿Para qué sirve el medicamento?</u>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

CONSENTIMIENTO PARA EL HISTORIAL DE PRESCRIPCIONES

Propósito de la revisión del historial de prescripciones:

Un historial detallado de prescripciones proporciona información valiosa sobre los medicamentos recetados por otros proveedores de salud involucrados en mi atención médica. Esta información será utilizada para mejorar la precisión de mi lista de medicamentos en el expediente médico, asegurando que no existan discrepancias en los nombres o dosis de los medicamentos.

Términos del consentimiento para la revisión del historial de prescripciones:

Yo, el/la abajo firmante, entiendo que la información precisa sobre mis medicamentos es crucial para mi atención médica. Para mejorar la exactitud y precisión de mis registros de medicamentos y minimizar el riesgo de reacciones adversas o información falsa, autorizo a Dallas Renal Group, junto con sus médicos, empleados y personal, a obtener y revisar mi historial de prescripciones de diversas fuentes, incluyendo, pero no limitado a, proveedores de salud, farmacias, sistemas de intercambio de información de salud y pagadores de beneficios (por ejemplo, compañías de seguros). Reconozco que Dallas Renal Group puede utilizar sistemas de intercambio electrónico de información en salud para transmitir, recibir y/o acceder electrónicamente a mi historial de prescripciones. Entiendo que este consentimiento será válido y permanecerá en vigor mientras asista o reciba servicios de Dallas Renal Group, a menos que yo lo revoque por escrito y se presente y acepte en la oficina principal de Dallas Renal Group.

Al firmar este formulario de consentimiento, he proporcionado mi historial de prescripciones según mi mejor conocimiento y doy permiso a Dallas Renal Group para solicitar, ver y usar mi historial externo de prescripciones para fines de tratamiento. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta relacionada con este consentimiento y que todas mis dudas han sido respondidas satisfactoriamente.

Nombre del paciente _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Política HIPAA

Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida (PHI)

ESTE FORMULARIO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y/O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE.

Dallas Renal Group (DRG) está obligado por leyes federales y estatales a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle un aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. La información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es la información que nuestra práctica, DRG, junto con sus médicos, empleados, personal y otro personal, crea y mantiene en el curso de la prestación de servicios para usted.

Crearemos un registro de los servicios que le brindamos, y este registro incluirá su información de salud. Necesitamos mantener esta información para asegurar que reciba una atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales relacionados con su atención. Esta información puede incluir documentación de sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, protocolos de tratamiento y documentos de facturación por esos servicios.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) nos permite usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El tratamiento puede significar proveer, coordinar y/o manejar su atención médica y servicios relacionados por uno o más proveedores de salud. El pago puede significar obtener reembolso por servicios, confirmar coberturas de seguro y/o actividades de facturación y cobranza. Las operaciones de atención médica pueden incluir evaluaciones de calidad, auditorías, servicios al cliente y/o análisis de gestión de costos. Otros ejemplos se listan a continuación.

Entendemos que su información de salud es personal y estamos comprometidos a proteger su privacidad y garantizar que su información de salud no sea usada de manera inapropiada.

Por ejemplo:

- Una enfermera necesita obtener su información de tratamiento y registrarla en su expediente médico.
- Un médico determina que debe consultar con un especialista. Compartirá la información con el especialista y obtendrá su opinión.
- Enviar solicitudes de pago a su compañía de seguro de salud y responder a las solicitudes de información de la compañía sobre la atención médica que le proporcionamos.
- Uso o divulgación de su PHI para llevar a cabo ciertas actividades comerciales y operativas, como análisis de datos, evaluaciones de calidad, revisiones o capacitaciones de empleados. La información puede compartirse con nuestros Asociados Comerciales, terceros que realizan estas funciones en nuestro nombre, según sea necesario para obtener sus servicios.

Sus Derechos Sobre la Información de Salud

Los registros médicos y de facturación que mantenemos son propiedad física de Dallas Renal Group (DRG). Sin embargo, la información contenida en ellos le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia impresa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad vigente para la Información de Salud Protegida (PHI), si lo solicita por teléfono, visitando nuestro sitio web o en cualquiera de nuestras oficinas.

DALLAS RENAL GROUP

Leaders in Kidney Care

- Recibir notificación en caso de que se produzca una violación de su PHI no protegida.
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a aceptar todas las solicitudes, pero cumpliremos con cualquier solicitud que aceptemos y que no esté exigida por ley. Sin embargo, aceptaremos su solicitud de no enviar su PHI a su plan de salud para fines de pago u operaciones si, en el momento en que se le proporciona un artículo o servicio, usted paga en su totalidad y de su propio bolsillo.
- Solicitar inspeccionar y obtener copias de su información médica contenida en los registros médicos designados de DRG. Si desea que no compartamos su información de salud con algún familiar o amigo involucrado en su cuidado, puede ejercer este derecho presentando su solicitud por escrito a la oficina principal de DRG en:
7999 W Virginia Dr, Ste A, Dallas, TX 75237.
- Apelar una negativa de acceso a su PHI, excepto en ciertas circunstancias clasificadas como “motivos no revisables” bajo HIPAA.
- Solicitar que su expediente médico sea corregido si considera que contiene información incompleta o incorrecta, presentando una solicitud por escrito a la oficina principal de DRG. Podemos rechazar su solicitud si:

- (a) la información no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la corrección),
- (b) no forma parte de los registros médicos mantenidos por DRG,
- (c) no es parte de la información que usted tiene derecho a inspeccionar o copiar, o
- (d) es precisa y completa.

- Si se rechaza su solicitud, se le informará el motivo de la negativa y podrá presentar una declaración de desacuerdo que se añadirá a su expediente.
- Solicitar que la comunicación de su información médica se realice por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, mediante una solicitud por escrito dirigida a la oficina principal de DRG.
- Si participamos en actividades de recaudación de fondos y lo contactamos con ese fin, usted tendrá derecho a excluirse de futuras comunicaciones relacionadas con eventos de recaudación o mercadeo.
- Obtener una lista de las ocasiones en las que hemos compartido su información médica con terceros, según lo requerido por las Normas de HIPAA.
- Revocar cualquier autorización previa que haya otorgado para el uso o divulgación de su información médica, mediante una revocación por escrito entregada a DRG (excepto en la medida en que ya se haya actuado en base a dicha autorización previa).

Como parte de nuestra responsabilidad, DRG está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información de salud según lo exige la ley;
- Notificarle en caso de una violación de su PHI no protegida;
- Proporcionarle un aviso que describa nuestros deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted, y cumplir con los términos de dicho aviso;
- Notificarle si no podemos cumplir con una restricción o solicitud que haya realizado; y
- Atender sus solicitudes razonables sobre los métodos para comunicarnos con usted respecto a su información de salud, y cumplir con su solicitud por escrito de no divulgar su PHI a su plan de salud si usted paga en su totalidad y de su propio bolsillo un artículo o servicio que le proporcionamos en el momento de la atención, y no se requiere divulgar dicha información por ley.

Otros Usos y Divulgaciones de su Información de Salud Protegida (PHI)

- **Recordatorios de Citas y Visitas al Consultorio** Podemos usar o divulgar su información médica para contactarlo por mensaje de texto o llamada telefónica con el fin de recordarle próximas citas relacionadas con su plan de tratamiento y/u otros servicios de salud. También podríamos pedirle que firme al llegar a su cita y anunciar su nombre en la sala de espera.
- **Comunicación con Familiares, Cuidadores y Contactos de Emergencia** De acuerdo con la información

DALLAS RENAL GROUP

Leaders in Kidney Care

proporcionada en su Formulario de Autorización de Registros Médicos, podemos divulgar información médica relevante a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique, si están involucrados en su cuidado, en el pago de su atención médica o en una situación de emergencia.

- **Investigación** Podemos divulgar información médica, bajo circunstancias limitadas, a investigadores si una junta de revisión institucional ha aprobado el estudio y establecido protocolos para proteger la privacidad de su PHI, incluso sin su autorización por escrito. También podemos divulgar información si los investigadores sólo requieren una porción limitada de su PHI.
- **Asistencia en Casos de Desastres** Podemos usar y divulgar su PHI para colaborar en esfuerzos de ayuda en caso de desastre, a fin de que su familia u otras personas responsables de su cuidado puedan ser notificadas sobre su estado de salud y ubicación.
- **Organizaciones de Donación de Órganos** De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su PHI a organizaciones dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, con el propósito de facilitar donaciones si usted es donante.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)** Podemos compartir su PHI con la FDA en relación con eventos adversos relacionados con alimentos, suplementos, productos defectuosos o vigilancia posterior a la comercialización, como retiros de productos, reparaciones o reemplazos.
- **Compensación al Trabajador (Workers' Compensation)** Podemos divulgar su PHI según sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con compensación laboral si usted está solicitando dichos beneficios.
- **Salud Pública** Podemos divulgar su PHI a autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar reacciones adversas a medicamentos; problemas con productos; notificaciones de retiros; o para alertar a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o corren riesgo de contagio.
- **Según lo Exija la Ley** Podemos divulgar su PHI conforme lo exijan leyes federales, estatales o locales, o a autoridades públicas apropiadas, como en casos de abuso o negligencia.
- **Empleadores** Podemos divulgar información médica a su empleador si le brindamos servicios de salud a solicitud del empleador para evaluación médica relacionada con vigilancia en el lugar de trabajo o para evaluar si tiene una lesión o enfermedad laboral. Le entregaremos una notificación por escrito si se divulga información a su empleador. Cualquier otra divulgación requerirá su autorización por escrito.
- **Aplicación de la Ley** Podemos divulgar su PHI a funcionarios de la ley en los siguientes casos:
 - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de allanamiento o proceso legal similar;
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - Si usted es víctima de un delito y no podemos obtener su consentimiento;
 - Sobre conducta delictiva en nuestras instalaciones;
 - En otras circunstancias de emergencia limitadas cuando sea necesario informar sobre un delito.
- **Supervisión de Salud** La ley federal nos permite divulgar su PHI a agencias de supervisión sanitaria o para actividades relacionadas, como auditorías estatales o federales.
- **Procedimientos Judiciales/Administrativos** Podemos divulgar su PHI durante procedimientos judiciales o administrativos si lo permite o exige la ley, si usted lo autoriza o si lo ordena un tribunal competente.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas o Amenazas Graves** Podemos divulgar su PHI para funciones gubernamentales específicas autorizadas por ley, como al personal militar, para fines de seguridad nacional, a programas de asistencia pública, o para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Instituciones Penitenciarias** Si usted está recluso en una institución penitenciaria, podemos divulgar a dicha institución o a sus agentes la PHI necesaria para su atención médica o para proteger la salud y seguridad de otras personas.
- **Forenses, Médicos Legistas y Directores Funerarios** Podemos divulgar información médica a forenses o médicos legistas, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información a directores funerarios según sea necesario para que puedan cumplir con sus funciones.

Para Solicitar Información, Ejercer un Derecho del Paciente o Presentar una Queja

Si tiene preguntas, desea obtener información adicional, quiere ejercer alguno de los Derechos del Paciente mencionados anteriormente, o cree que sus derechos de privacidad (o los de otra persona) han sido violados, puede comunicarse con el Gerente de Oficina de DRG al **972-274-5555** o enviarnos una solicitud por escrito. Tenga en cuenta que **todas las quejas deben presentarse por escrito** al Gerente en la oficina principal de DRG:

Dallas Renal Group 7999 W Virginia Dr, Ste A, Dallas, TX 75237

DALLAS RENAL GROUP
Leaders in Kidney Care

También puede presentar una queja ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés)**, Oficina de Derechos Civiles (OCR). Su queja debe presentarse por escrito, ya sea en papel o electrónicamente, por correo, fax o correo electrónico.

No podemos, ni lo haremos, exigirle que renuncie a su derecho de presentar una queja ante el Secretario del HHS como condición para recibir tratamiento en esta clínica. Asimismo, no podemos, ni lo haremos, tomar represalias en su contra por presentar dicha queja.

Puede encontrar más información sobre cómo presentar una queja en:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

La dirección de la Oficina Regional de Texas es:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services 701 W. 51st Street, MC W206
Austin, Texas 78751 Phone: 1-888-388-6332 or 512-438-4313 Fax: 512-438-5885

Reconocimiento de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar o eliminar disposiciones de nuestras prácticas de privacidad y de implementar nuevas disposiciones relacionadas con la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que mantenemos sobre usted en cualquier momento. Si nuestras prácticas de información cambian, actualizaremos este Aviso y usted podrá solicitar una copia por escrito del Aviso revisado en cualquiera de nuestras oficinas.

Cualquier otro uso o divulgación de su PHI que no esté descrito en este Aviso se realizará únicamente con su autorización, a menos que la ley lo permita o exija de otro modo. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, de su PHI con fines de mercadeo, y las divulgaciones que constituyan la venta de su PHI requerirán su autorización. Usted puede revocar cualquier autorización en cualquier momento enviando una solicitud de revocación por escrito a la clínica (como se indica en este Aviso bajo "Sus Derechos sobre la Información de Salud").

Este aviso entra en vigor a partir de la fecha en que el paciente firma este formulario, y estamos obligados a cumplir con los términos establecidos en el mismo.

Por favor firme a continuación para reconocer que ha leído y recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Dallas Renal Group.

Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Políticas Financieras

Asignación de Beneficios de Seguro:

Por la presente autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a Dallas Renal Group o al médico de manera individual por los servicios prestados a mis dependientes o a mí por el médico o bajo su supervisión. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que la clínica tenga información válida y/o actualizada de mi seguro. Comprendo que es mi responsabilidad conocer mis beneficios de seguro y si los servicios que voy a recibir están cubiertos o no. Entiendo y acepto que seré responsable por cualquier copago, deducibles, primas y otros pagos adeudados. También comprendo que, en última instancia, soy responsable por cualquier saldo pendiente que no sea cubierto por mi seguro.

Beneficios de Medicare/Medicaid/Seguro:

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo estos programas es correcta. Autorizo la liberación de cualquier registro mío o de mis dependientes que estos programas puedan solicitar. Por la presente, ordeno que el pago de los beneficios autorizados para mí o mis dependientes se realice directamente a Dallas Renal Group o al médico en mi nombre.

Autorización para la Divulgación de Información Personal No Pública:

Certifico que he recibido y leído una copia de la Política de Privacidad de Información del Paciente de Dallas Renal Group. Por la presente, autorizo a Dallas Renal Group o al médico individualmente a divulgar cualquier información médica o incidental personal no pública mía o de mis dependientes que pueda ser necesaria para evaluación médica, tratamiento, consulta o el procesamiento de beneficios de seguro.

Autorización para Enviar Correspondencia, Llamadas o Correos Electrónicos:

Certifico que entiendo los riesgos de privacidad asociados con el correo postal, las llamadas telefónicas y los correos electrónicos. Por la presente, autorizo al personal de Dallas Renal Group o a mi médico a enviarme correspondencia, llamarme o enviarme correos electrónicos con comunicaciones relacionadas con mi atención médica, incluyendo, pero no limitado a, recordatorios de citas, arreglos de referencias y resultados de laboratorio. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Dallas Renal Group por escrito.

Servicios de Laboratorio/Radiografía/Diagnóstico:

Entiendo que puedo recibir una factura separada si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiografías u otros servicios de diagnóstico. Además, comprendo que soy responsable económicamente por cualquier copago o saldo pendiente por estos servicios si no son reembolsados por mi seguro por cualquier motivo.

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Entiendo y acepto que seré financieramente responsable por cualquier cargo que no sea pagado por mi seguro en relación con mis visitas. Esto incluye servicios médicos o consultas, pruebas de laboratorio y cualquier otro servicio de detección o diagnóstico ordenado por el médico o el personal. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad, así como la responsabilidad del médico o la clínica, saber si mi seguro cubrirá el servicio médico o la consulta. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad conocer si mi seguro tiene algún deducible, copago, coseguro, límite habitual y acostumbrado, y acepto realizar el pago completo. También entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si el médico o proveedor que estoy consultando está contratado dentro de la red de mi plan de seguro. Si el médico que veo no está reconocido por mi compañía o plan de seguro, esto podría resultar en la negación de reclamos o en mayores gastos de mi bolsillo. Entiendo y acepto ser responsable financieramente y realizar el pago completo de todos los saldos pendientes.

Fondos insuficientes

Entiendo que en caso de cualquier pago devuelto o rechazado realizado a Dallas Renal Group, seré responsable por un cargo adicional de \$20 por pago rechazado, además del saldo adeudado.

Nombre del paciente (o garante): _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Este formulario es para confirmar su autorización para el uso o divulgación de su información de salud protegida para un propósito especial. Al firmar a continuación, usted autoriza a Dallas Renal Group o a sus representantes a usar o divulgar su información de salud protegida a las personas o grupos listados abajo. Estas personas o grupos pueden ser contactados respecto a sus asuntos de salud, y usted debe incluir al menos una persona que le asista cuando esté enfermo.

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dallas Renal Group intentará contactarlo(a) en el siguiente orden de métodos de comunicación:

1. Teléfono celular: buzón de voz / mensaje de texto
2. Teléfono de casa: contestador automático
3. Correo electrónico
4. Teléfono del trabajo: buzón de voz

Si tiene preferencia por modos alternativos de comunicación, por favor proporcione una solicitud por escrito especificando su(s) método(s) preferido(s).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y dicha revocación debe hacerse por escrito. Esta autorización permanecerá válida hasta que se reciba un aviso escrito de terminación. Cualquier adición o eliminación a esta lista también debe ser presentada por escrito.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nota: Este formulario debe ser completado para que se pueda divulgar cualquier información a un cónyuge, familiar, organización o individuo que le esté asistiendo con su cuidado médico, citas o seguro.

Responsabilidades del Paciente

Como paciente, entiendo que es mi responsabilidad:

- Mantener una actitud civil y respetuosa en toda forma de comunicación con el personal, proveedores y demás miembros del consultorio médico.
- Actualizar al personal, según mi mejor conocimiento, acerca de mis condiciones médicas, lista de medicamentos, historial familiar/social/quirúrgico, seguro médico y plan de pagos.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica en la medida de mis posibilidades y discutir con él/ella cualquier inquietud sobre dicho plan.
- Ser financieramente responsable de cualquier cargo y pago no cubierto por mi seguro médico.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____