



## Cuestionario para paciente nuevo

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la consulta \_\_\_\_\_  
 Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_ Lado: Derecho-Izquierdo/Ambos  
 ¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_  
 ¿Quién le remitió a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_  
 Si su lesión es el resultado de un accidente, por favor responda lo siguiente:  
 Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ ¿Dónde sucedió? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_  
 ¿Esta es una reclamación de compensación por accidente laboral? SÍ/NO  
 ¿Fue un accidente vehicular? SÍ/NO  
 Si esto no es una lesión ¿Cuánto tiempo le ha molestado esto? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tomado ALGÚN medicamento para este problema? (Receta o medicamento de venta libre)  
 ¿Alguna vez ha tenido cualquier otro tratamiento para este problema? (Médicos, fisioterapeuta, etc.)

Por favor, califique su dolor/incomodidad al marcar con un círculo: Ninguno = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10= Severo

Calidad del dolor (por favor marque con un círculo): agudo, sordo, palpitante, ardiente, otro. \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su condición/lesión mejore? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su condición/lesión empeore? \_\_\_\_\_

¿ALERGIAS a medicamentos? Si/No Si sí, por favor, enumere las alergias \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

**Enumere todos los medicamentos actuales. Por favor, incluya la dosis y la razón:**

**(Si necesita espacio adicional, por favor continúe en la parte posterior de la forma)**


### HISTORIAL QUIRÚRGICO

**Enumere todas las cirugías anteriores.**




**HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR**

*¿Alguna vez has tenido: (marque con un círculo)*

Sangrado Excesivo	Edema/hinchazón de piernas	Diabetes	Artritis reumatoide	Osteoporosis
Osteoartritis	Stent en corazón	Claudicación/Dolor en la pantorrilla	Úlcera	Reacción a la anestesia
Ataque al corazón	Latidos irregulares	Hipertensión	Anticoagulantes/Aspirina	Coágulo sanguíneo/Trombosis venosa profunda
Apnea del sueño	EPOC	Derrame cerebral	Asma	Enfermedad tiroidea
Enfermedad renal	Gota	Fibromialgia	Hepatitis	Enfermedad muscular
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:

**HISTORIAL FAMILIAR**

*Por favor, marque cualquier miembro(s) de la familia junto a la condición. Por favor marque si su familiar está Vivo = V o Finado = F*

	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Hija	Hijo
Cáncer (¿qué tipo?)						
Diabetes						
Enfermedad cardíaca						
Hipertensión						
Asma						
Colesterol alto						
Artritis reumatoide						
Lupus						
Derrame cerebral						
Enfermedad tiroidea						
Convulsiones						
Otro						

**HISTORIAL SOCIAL**

*Por favor, responda todas las preguntas*

Estado civil: Soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a      Número de hijos? \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_      Empleador: \_\_\_\_\_  
 Consumo de tabaco Nada/Sí \_\_\_\_\_ cajetillas por día \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ fecha en que lo dejó  
 Consumo de alcohol: Nada/Sí \_\_\_\_\_ tragos por semana      Consumo de marihuana: No/Sí \_\_\_\_\_  
 por semana  
 Actividades de acondicionamiento físico/Deportes/Atletismo: \_\_\_\_\_

# FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE HOY (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de nacimiento		Número de licencia de conducir		No. de Seguridad Social	
Género [ ] Hombre [ ] Mujer		Estado civil (marque uno) [ ] Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a [ ] Viudo/a [ ] Pareja [ ] Separado/a [ ] Desconocido			
Dirección de residencia		Ciudad		Estado	Código postal
No. de teléfono de casa	No. de teléfono del trabajo	No. de teléfono celular		Correo electrónico	
Idioma preferido [ ] Inglés [ ] Español [ ] Vietnamita [ ] Otro					
Eligió la clínica porque / Remitido a la clínica por (por favor, marque una casilla):		[ ] Médico	[ ] Plan de seguro	[ ] Hospital	[ ] Sección Amarilla
		[ ] Familia	[ ] Amigo	[ ] Cerca de casa/trabajo	
		[ ] Otro _____			

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE/GARANTE

[ ] Marque aquí en caso de que sea el mismo que el anterior	
Nombre del garante	Dirección
Relación del paciente con el garante [ ] Él mismo [ ] Cónyuge [ ] Niño [ ] Otro _____	

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor, llene los siguientes puntos si no están incluidos en la(s) tarjeta(s) del seguro

Seguro primario		No. de certificación de identificación			
Dirección del seguro					
Nombre del firmante		Fecha de nacimiento	No. de póliza/grupo		Copago \$ _____
Relación del paciente con el titular de la póliza [ ] Él mismo [ ] Cónyuge [ ] Niño [ ] Otro _____					
Seguro secundario (si corresponde)			No. de certificación de identificación		
Dirección del seguro					
Nombre del firmante		Fecha de nacimiento	No. de póliza/grupo		Copago \$ _____
Relación del paciente con el [ ] Él mismo [ ] Cónyuge [ ] Niño [ ] Otro _____					

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo o familiar local (que no viva en la misma dirección)	Relación con el paciente	No. de teléfono de casa	No. de teléfono del trabajo/ No. de teléfono celular		
Por este medio autorizo el pago directamente a C. H. Wilkinson Medical Network por cualquier beneficio quirúrgico y/o médico, de haberlo, de otro modo pagadero a mí. También autorizo a C.H. Wilkinson Medical Network para presentar todos los documentos necesarios para el seguro y para liberar todas y cada una de las copias de los expedientes médicos que solicite mi compañía de seguros con el propósito de determinar los beneficios. Entiendo que dichos expedientes pueden incluir información sobre pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Reconozco la plena responsabilidad del pago de dichos servicios y estoy de acuerdo en pagar mi factura en su totalidad AL MOMENTO DE LOS SERVICIOS, a menos que se hagan otros arreglos con el departamento de finanzas.					
Firma del paciente/tutor			Fecha:		



## **Autoridad del historial de medicación**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El paciente antes nombrado da a su proveedor la autoridad legal para obtener su historial de medicación.

Por favor, marque con un círculo:    SÍ            NO

Firma: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE TEXAS**  
**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL**

1. **Consentimiento general:** Doy mi consentimiento a Ortho San Antonio (el Centro) para que me brinden servicios y tratamientos médicos que mi médico u otro personal médico haya ordenado. Mi consentimiento incluye pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio y rayos X), inyecciones, inmunizaciones, medicamentos y otros tratamientos médicos. Tengo el derecho de tomar decisiones sobre mi atención. Sé que tengo el derecho de hablar sobre el tratamiento y los procedimientos con el médico de manera previa. También tengo el derecho de consentir o rechazar cualquier tratamiento cuando proceda, doy mi consentimiento para que se me brinde atención a través de videoconferencia interactiva, lo que permitirá que un proveedor en un lugar a distancia me proporcione tratamiento y/o consulte y asesore a mi proveedor de atención médica local en la toma de decisiones sobre la atención que se me proporcione. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta. Nadie me ha garantizado los resultados. La atención médica que reciba mientras esté en el Centro estará bajo la dirección de un proveedor independiente, que no es un empleado del Centro. El Centro no es responsable de la atención médica, el juicio médico ni el plan de atención que proporcionen aquellos que no sean empleados. Reconozco que los servicios que se presten en el hospital, incluidos pero sin limitarse a la sala de emergencias, el Centro de Desórdenes del Sueño (SDC) para pacientes hospitalizados y ambulatorios, etc. son admisiones al hospital con propósitos del Código de Propiedad de Texas, Sección 55, entre otros.
2. **Propiedad personal:** Entiendo que soy responsable de mi propiedad personal mientras esté en el Centro. El Centro no es responsable de mantener la seguridad de mi propiedad.
3. **Asistencia financiera:** Si no puedo solventar mis facturas médicas del Centro, puedo ser elegible para recibir atención de caridad u otros ajustes. Se me ha ofrecido una copia impresa en lenguaje sencillo del resumen de la Política de Asistencia Financiera del Centro. La política completa y más información están disponibles en [www.christushealth.org/charityvcare](http://www.christushealth.org/charityvcare)
4. **Divulgación de información:** Permito que el Centro divulgue información médica con propósitos de pago y por otras razones permitidas por la ley. La ley permite la divulgación de mi información a otros proveedores para mi atención conforme está escrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro. Estoy de acuerdo en que los registros sobre mi tratamiento son propiedad del Centro. Entiendo que los expedientes médicos y la información de facturación que cree o conserve el Centro están disponibles para los trabajadores del Centro, los voluntarios, los profesionales médicos y el personal médico. Estas personas pueden usar y divulgar mi información médica para el pago del tratamiento y las operaciones de atención médica.
5. **Beneficios de Medicare/Medicaid:** Si corresponde, certifico que la información que yo proporciono al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a la Administración de Seguridad Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esta reclamación o reclamaciones relacionadas de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos al médico u organización que preste los servicios. Si tengo Medicare/Medicaid, mis obligaciones financieras pueden estar limitadas por la ley.
6. **Comunicación:** Autorizo al Centro (incluidos cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza, agente o contratista en nombre del Centro o del contratista) a que me contacten por teléfono a cualquier número que haya proporcionado al Centro en cualquier momento. El Centro también puede contactarme a cualquier número que pueda obtener de mi parte en el futuro, que incluye números de teléfono celular, lo que podría generar cargos para mí. El Centro puede usar mensajes de correo de voz pregrabados o artificiales y un dispositivo de marcación automática o sistemas de marcación telefónica automatizada. El Centro puede enviarme mensajes de correo de voz, mensajes de texto o correos electrónicos. Permito que el Centro me contacte al usar cualquier dirección de correo electrónico que le haya dado o cualquier dirección de correo electrónico que el Centro pueda obtener de mi parte en el futuro.
7. **Pruebas posteriores a la exposición accidental y reportes de estado:** Si un trabajador médico toca accidentalmente mi sangre u otros de mis fluidos corporales, la ley estatal permite que el Centro me haga pruebas de ciertas enfermedades; estas enfermedades incluyen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estas pruebas se realizan para proteger a los trabajadores médicos. No se me cobrará por dichas pruebas. Entiendo que se requiere al Centro por ley que reporte ciertas enfermedades infecciosas, como el VIH y la tuberculosis, al Departamento de Salud Estatal o a los Centros de Control de Enfermedades.
8. **Fotografía:** Doy mi consentimiento para que el Centro grabe en video, fotografíe, monitoree en video o haga otras grabaciones de mí o mis partes del cuerpo con propósitos de diagnóstico, tratamiento, investigación o seguridad del paciente. Estas grabaciones podrían usarse con propósitos de educación médica, mejora de la calidad, investigación u otras razones relacionadas con el tratamiento u operaciones. Si se usan las grabaciones o imágenes, mi identidad no se revelará. Hablaré con mi médico si no quiero que mis grabaciones se usen con estos propósitos.
9. **Ética:** El Centro es un ministerio católico de salud dedicado a ayudar a los enfermos y heridos en cumplimiento con las Directivas Éticas y Religiosas para Centros Médicos Católicos. El Centro no puede usarse para procedimientos que violen las directivas.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL**



MRF EFC FF 0019

Rev. 11/10

Página 1 de 3

**ESTADO DE TEXAS**  
**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL**

- 10. Enseñanza y observación:** Entiendo que el Centro puede ser un centro de enseñanza. Doy mi consentimiento para permitir que los residentes médicos, estudiantes y becarios que tengan una afiliación formal con el Centro participen en mi atención según lo que supervisen los médicos tratantes y lo que permita la política del Centro. Los estudiantes, residentes y becarios de otros programas no afiliados así como los proveedores pueden observar mi atención de acuerdo con la política del Centro y según lo que apruebe mi médico tratante.
- 11. Cesión de beneficios:** En consideración de los servicios prestados y por prestarse, cuya suficiencia se reconoce por este medio, cedo y transfiero irrevocablemente a CHRISTUS \_\_\_\_\_ Hospital (en adelante denominado como el "Hospital") todo derecho, título e interés en todas las reclamaciones o los beneficios pagaderos por servicios de hospital prestados en el pasado o en el futuro, que se proporcionen en todas y cada una de las pólizas de seguro, planes de beneficios para empleados y/o acciones de terceros contra cualquier otra persona o entidad (en adelante denominados como los "Beneficios") que mis dependientes o yo podamos tener el derecho de recuperar. Asimismo, por este medio cedo y transfiero irrevocablemente al Hospital todo derecho, título e interés en todas y cada una de las causas de acción contra todas las compañías de seguros, planes de beneficios para empleados, compañías de responsabilidad civil, administradores de terceros, responsables de daños y perjuicios y/o todas las demás personas o entidades responsables del pago (en adelante denominados las "Partes responsables") de Beneficios y por este medio designo al Hospital como mi abogado, con poder de sustitución, para demandar u obtener de otro modo el pago de Beneficios de las Partes responsables. Esta cesión y transferencia irrevocable será con el propósito de otorgar irrevocablemente al Hospital un derecho independiente de recuperación de Beneficios contra cualquier Parte responsable, a su juicio, pero no se interpretará como una obligación del Hospital de ejercer dicho derecho de recuperación. Por este medio instruyo y autorizo irrevocablemente a todas las Partes Responsables a pagar directamente al Hospital todos los Beneficios y las cantidades adeudadas por los servicios que preste el Hospital sin necesidad de una solicitud o autorización adicional por escrito de mi parte. Asimismo, autorizo e instruyo irrevocablemente que cualesquiera Partes Responsables proporcionen copias de cualesquiera pólizas de seguro, planes de beneficios para empleados o cualquier otro documento que solicite el Hospital sin ninguna solicitud o autorización adicional por escrito de mi parte. Entiendo que en el caso de que no se le pague al Hospital en su totalidad mediante el saldo de mis pólizas de seguro, esta cesión no me libera de mi obligación y responsabilidad ante el Hospital del pago de los servicios y artículos que me proporcione el Hospital. Estoy de acuerdo en pagar al Hospital todos los gastos en los que yo incurra, o como alternativa, todos los gastos en exceso de las sumas que se paguen efectivamente bajo mis pólizas de seguro. Tenemos el derecho de aplicar los fondos disponibles en cualquiera o todas sus cuentas con nosotros y nuestras filiales, que de otro modo serían pagaderos a usted para cualquier deuda previa existente o futura que usted nos deba; cuando compensamos una deuda que usted nos debe, reducimos los fondos en su(s) cuenta(s) por la cantidad de la deuda. No se nos requiere darle a usted ningún aviso previo para ejercer nuestro derecho de compensación. El efecto y las consecuencias de esta cesión irrevocable y las responsabilidades financieras se me han explicado por completo a mi entender, y he firmado este documento libremente y sin alicientes.
- 12. Divulgación de la facturación del saldo:** Los servicios profesionales que prestan los profesionales médicos independientes no son parte de la factura del hospital. Estos servicios se facturarán al paciente por separado. Por favor, entienda que a los médicos u otros profesionales médicos se les puede llamar para proporcionarle atención o servicios a usted o en su nombre, pero es posible que a usted no le vean ni examinen todos los médicos o profesionales médicos que participen en su atención; por ejemplo, es posible que a usted no le vean médicos que proporcionan radiología, patología e interpretación de electrocardiograma. En muchos casos, habrá un cargo por separado para los servicios profesionales que los médicos le presten a usted o en su nombre, y usted recibirá una factura por estos servicios profesionales que es independiente de la factura de los servicios del hospital. Estos profesionales médicos independientes pueden no participar en su plan médico y usted puede ser responsable del pago de todos o parte de los honorarios por los servicios que presten estos médicos que hayan proporcionado servicios fuera de la red, además de las cantidades aplicables adeudadas por copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos. Le instamos a contactar a su plan médico para determinar si los profesionales médicos independientes participan en su plan médico. Con el fin de obtener la información más precisa y actualizada sobre los profesionales médicos independientes dentro y fuera de la red, por favor llame al número de servicio al cliente de su plan médico o visite su sitio web. Su plan médico es la principal fuente de información sobre su red de proveedores y beneficios. Con el fin de ayudarlo a determinar si los profesionales médicos independientes que prestan servicios en este centro son parte de su plan médico, este centro médico le ha proporcionado una lista completa de los nombres y la información de contacto de cada persona o grupo.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL**



MRF EFC FF 0019

Rev. 11/10

Página 2 de 3

**ESTADO DE TEXAS**  
**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL**

**13. Derechos del paciente e Instrucciones anticipadas:** El Centro me proporcionó una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente cuando llegué al hospital. También entiendo que puedo solicitar una copia adicional en cualquier momento. Los Derechos y Responsabilidades del Paciente incluyen información sobre las instrucciones anticipadas, mi derecho de rechazar tratamiento médico y mi derecho de tener visitantes o de nombrar a alguien que pueda ejercer los derechos de visita del paciente en mi nombre, si yo no puedo. Si le doy una instrucción anticipada al Centro, mis cuidadores la seguirán en la medida en que lo permita la ley. También tengo el derecho de consentir una orden de no reanimación, puedo cambiar de opinión sobre las órdenes de no reanimación en cualquier momento. Tengo derecho de saber si mi médico hace cambios en las órdenes sobre reanimación.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **He rechazado una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, y entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento.**

**14. Aviso de Prácticas de Privacidad:** He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro en esta consulta o en una anterior. El Centro me dará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en que solicite una.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de CHRISTUS**

**15. Directorio del Centro:** A menos que yo me oponga, el Centro incluirá mi nombre, ubicación en el centro (número de habitación) y condición general en el Directorio del centro. La información del directorio está disponible para las personas que llaman o los visitantes que preguntan por los pacientes por su nombre. La información del directorio y la afiliación religiosa (si se proporciona al Centro) están disponibles para los miembros del clero aunque no pregunten por los pacientes por su nombre. Si me opongo, se me excluirá del Directorio del Centro.

*(Si usted se opone, escriba sus iniciales abajo).*

\_\_\_\_\_ **NO quiero que** ninguna información sobre mí se incluya en el Directorio del Centro. Entiendo que el correo, las flores, las llamadas telefónicas y los visitantes se rechazarán en mi nombre porque el personal del hospital no puede reconocer mi presencia en el hospital. Si hago llamadas desde el hospital, el identificador de llamadas puede mostrar a los receptores que estoy llamando desde el hospital.

**16. Información del seguro:**

Seguro primario:

Seguro secundario:

Seguro terciario:

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **Reconozco que he proporcionado al Centro la información completa y correcta sobre el seguro en el orden de llenado apropiado que se indica antes.**

**RECONOCIMIENTO:** Al firmar a continuación, certifico que he leído este documento, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo con los términos. Reconozco que soy el paciente o que soy el representante legalmente autorizado y/o el garante del paciente. Una fotocopia o una copia enviada por fax de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Representante del Centro

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL**



MRF EFC FF 0019

Rev. 11/10

Página 3 de 3

## AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este proveedor participa en Intercambios de Información Médica (HIEs). Los HIEs son sistemas electrónicos que permiten a los proveedores de atención médica compartir información sobre los pacientes. Los HIEs dan información (como sus alergias, medicamentos y resultados de pruebas) de otros médicos u hospitales a su proveedor actual. La información puede ayudar a su proveedor a tomar decisiones de tratamiento más informadas. El HIE también le ayuda a usted a recibir una atención eficiente porque su información médica está disponible con más facilidad para los proveedores cuando la necesitan.

Usted tiene el derecho de elegir si quiere participar en el HIE. Su información se almacenará dentro del sistema CHRISTUS HIE, pero no será visible para los proveedores que no sean de CHRISTUS a menos que usted elija participar. Su tratamiento no está condicionado a su decisión. Usted puede acceder a la atención médica en CHRISTUS ya sea que participe o no en el HIE.

Usted puede cambiar su decisión en cualquier momento al notificar al personal de admisión del hospital y al llenar una nueva forma de autorización.

(Ponga sus iniciales en una opción a continuación)

\_\_\_\_\_ **Sí, autorizo la divulgación de mi información médica a través del Intercambio de Información Médica.** Permiso que el HIE comparta mi información médica. Entiendo que esto puede incluir información creada tanto antes como después de la fecha en que yo firme esta forma. Entiendo que mis expedientes médicos son confidenciales. No se pueden divulgar sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita de otro modo. La información que se use o divulgue por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación en la medida en que lo permitan las leyes aplicables. Entiendo que mi información médica en el HIE puede incluir información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas), registros de abuso de sustancias, registros de enfermedades mentales o estado de enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

SOLO PARA PACIENTES OBSTÉTRICAS. Autorizo a la HIE a incluir información sobre cualquier niño/niños que yo haya dado a luz durante esta hospitalización

O bien

\_\_\_\_\_ **NO autorizo la divulgación de mi información médica a través del Intercambio de Información Médica.** No quiero que mi información se comparta a través del HIE. Entiendo que mis proveedores pueden tener menos información sobre mí cuando tomen decisiones sobre mi atención. Si decido participar en el HIE en otros proveedores participantes, estos no recibirán información de CHRISTUS a menos que yo envíe una nueva copia de esta forma y que autorice la divulgación de mi información médica de CHRISTUS.

**SOLO TEXAS:** La ley de Texas requiere que todos los proveedores médicos notifiquen a los pacientes que nosotros debemos recopilar estadísticas sobre los servicios que se prestan en CHRISTUS. Enviamos esa información al programa de Recopilación de información de atención médica de Texas. Usted no puede optar por no participar en esta recopilación de datos, pero los datos no le identificarán personalmente. A usted se le proporciona información adicional en la forma de Notificación al paciente sobre recopilación de datos del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas o puede contactar al Departamento del Estado al 512-776-7261 o en [www.dshs.state.tx.us/thcic](http://www.dshs.state.tx.us/thcic).

Certifico que he leído y que entiendo por completo la información de esta forma. Mi decisión con respecto de divulgar mi información al HIE permanecerá en vigor indefinidamente a menos que yo presente una forma revisada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante legal (si procede)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

### PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

#### Consentimiento de autorización del HIE



MRF EFC 0202

Rev. 9/16

Página 1 de 1



**SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito la comunicación de mi información médica protegida por CPG a través de medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Entiendo que esta solicitud se aplica solo a las comunicaciones de CPG al paciente.

**Deseo que me contacten de la siguiente manera: (marque todo lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/> *Teléfono de casa _____	<input type="checkbox"/> Comunicación escrita
<input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje con detalles	<input type="checkbox"/> OK para enviar por correo a la dirección de mi casa
<input type="checkbox"/> Deje el mensaje con el número para devolver la llamada solamente	<input type="checkbox"/> OK para enviar por correo a la dirección de mi trabajo/oficina
<input type="checkbox"/> *Teléfono del trabajo _____	<input type="checkbox"/> *Teléfono celular _____
<input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje con detalles	<input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje con detalles
<input type="checkbox"/> Deje el mensaje con el número para devolver la llamada solamente	<input type="checkbox"/> Deje el mensaje con el número para devolver la llamada solamente
Otro: _____	
_____	
_____	

**\*Como servicio a nuestros pacientes, ofrecemos llamadas de recordatorio de citas de cortesía y otras llamadas importantes que se pueden hacer al usar un mensaje automatizado o pregrabado. Al proporcionar su número de teléfono celular, usted consiente recibir dichas llamadas a este número.**

**Deseo que a las siguientes personas se les permita la información verbalmente:**

Nombre: _____	No. de teléfono _____	Relación con el paciente: _____
Nombre: _____	No. de teléfono _____	Relación con el paciente: _____
Nombre: _____	No. de teléfono _____	Relación con el paciente: _____

**NOTA: Esta solicitud permanecerá en vigor hasta que usted nos notifique sobre un cambio**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha:

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

\_\_\_\_\_  
Tutor/Representante del Paciente (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor/representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente/autoridad del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\*\*\*\*\*  
La identidad del solicitante se ha validado ya sea con un documento de identidad con fotografía, como licencia de conducir o pasaporte, o una comparación de firmas documentadas en el expediente médico por: \_\_\_\_\_

## Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

### Identificación del paciente

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información que se divulgará - Cubre los periodos de atención médica

Del (fecha) \_\_\_\_\_ al (fecha) \_\_\_\_\_

### Por favor, marque el tipo de información que se va a divulgar:

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Reportes de consulta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reportes/imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Imagenología cardíaca
<input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video	<input type="checkbox"/> Registro de facturación completo	<input type="checkbox"/> Factura desglosada
<input type="checkbox"/> Instrucciones del alta	<input type="checkbox"/> Resultados de función pulmonar	<input type="checkbox"/> Registro de inmunización
<input type="checkbox"/> Divulgación de Información (ROI), Resumen de Historial y Examen Físico (H&P), Resumen del Alta, Nota de Trabajo de Parto y Parto, Reporte Operativo, Nota de Procedimiento, Consulta. Reportes de laboratorio, patología, rayos X.		

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

### Propósito de la solicitud

<input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta	<input type="checkbox"/> A petición del paciente	<input type="checkbox"/> Facturación o pago de reclamaciones
---	--	--

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

### Enviar/Divulgar información

Documento  CD Portal electrónico (Notificación por correo electrónico cuando el acceso esté disponible)

\*Por favor, ponga sus iniciales si ha solicitado que se le envíe su información en un formato electrónico no encriptado. \_\_\_\_\_

Divulgar a nombre: \_\_\_\_\_

Enviar por correo a nombre: \_\_\_\_\_

Enviar por correo a la dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Divulgación de expedientes de abuso de drogas y/o alcohol, y/o psiquiátricos y/o de VIH/SIDA

Entiendo que si mis expedientes médicos o registros de facturación contienen información que hacen referencia a abuso de drogas y/o alcohol y/o tratamiento psiquiátrico, se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización específica. **Inicial Uno: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No corresponde \_\_\_\_\_**

Entiendo que si mis expedientes médicos o registros de facturación contienen información que hacen referencia a pruebas y/o tratamiento de VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización específica.

**Inicial Uno: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No corresponde \_\_\_\_\_**

### Límite de tiempo y derecho de revocar la autorización

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, en cualquier momento puedo revocarla al presentar un aviso por escrito a Carole Cassidy, 919 Hidden Ridge, Irving, TX 75038 o a carole.cassidy@christushealth.org. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la fecha o el evento siguiente \_\_\_\_\_ o 180 días después de la fecha de firma.

### Nueva divulgación

Entiendo que la información divulgada por medio de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y que ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. El Centro, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados por este medio de toda responsabilidad legal de la divulgación de la información anterior en la medida en que se indica y autoriza por este medio.

### Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que no se me negará mi tratamiento ni pago de los servicios si no firmo esta forma a menos que se especifique antes en la sección Propósito de la solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se va a usar o divulgar.

**Autorizo a CHRISTUS Physician Group a divulgar la información médica protegida que se especifica antes.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante personal para solicitar la divulgación: \_\_\_\_\_

Identidad del solicitante verificada a través de:  Identificación con fotografía  Confirmación de firma

Otro, especificar \_\_\_\_\_

Verificado por: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva 19/8/2015