



HOUSTON FOOT AND ANKLE CARE

Gabriel A. Maislos, D.P.M.
www.houstonfootankle.com

7777 Southwest Fwy. Suite 506
Houston, TX 77074
Tel: (713) 541-3199
Fax: (713) 541-5809

Como escucho de nuestra clinica? _____

Informacion de paciente

Nombre: _____

Direccion: _____ Sexo: Masculino / Femenino

Ciudad Estado Codigo Postal Fecha de Nacimiento: _____
SSN: _____

Correo Electronico: _____
Necesitamos su dirección de correo electrónico para que usted tenga acceso a nuestro Portal del Paciente donde se puede tener acceso a su información médica.

Telefono: _____ Celular: _____
Raza (opcional): _____

Doctor Primario: _____ Telefono: _____

Farmacia que prefiere utilizar: _____

Direccion: _____ Número de telefono de la farmacia: _____

Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de Seguro Medico: _____ Numero de Identificacion: _____

Primario del Seguro Medico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Medico Secundario: _____ Numero de Identificacion: _____

Primario del Seguro Medico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion al Paciente: _____

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo que los beneficios médicos y/o quirúrgicos prestados se pagará directamente al médico que proporcione asistencia. Por la presente autorizo a Houston Foot and Ankle Care a divulgar cualquier información requerida por mi compañía de seguro para procesar las facturas, e independientemente de la cobertura del seguro, yo soy el responsable de que todas las facturas se paguen en el momento oportuno.

Firma

Fecha

Por favor, enumere todas las alergias:

Medicamentos: _____

Comidas: _____

¿Qué tipo de reacciones ha experimentado? _____

Historia quirúrgica

Procedimientos Quirúrgicos / Lesiones graves	Año	Medico

Historia Familiar:

Madre: Vive / Fallecido: _____

Padre: Vive / Fallecido: _____

¿Fuma usted actualmente? Si No
En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

Si no es así, ¿cuánto tiempo hace que dejó de fumar? _____

¿Consume alcohol? Si No
En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol consume por semana? _____

¿Ha recibido su vacuna contra la gripe? Si No En caso afirmativo, cuando? _____

¿Ha recibido vacuna contra la neumonía? Si No En caso afirmativo, cuando? _____

Altura: _____ Peso: _____

Occupation: _____ Calzado: _____

Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Soltero/a Vuido/a

La información suministrada por mí es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____



HOUSTON FOOT AND ANKLE CARE

Gabriel A. Maislos, D.P.M.
www.houstonfootankle.com

7777 Southwest Fwy. Suite 506
Houston, TX 77074
Tel: (713) 541-3199
Fax: (713) 541-5809

HIPAA Aviso de prácticas de privacidad Gabriel A. Maislos, D.P.M., FACFAS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO), y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información de salud protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o condición y los servicios relacionados con la salud.

Usos y Revelaciones de Información Protegida de Salud

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por nuestro médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia en el hospital puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública pública como requerido por ley, las enfermedades transmisibles; Supervisión de la Salud: Abuso o Negligencia, requisitos de la Food and Drug Administration, los procedimientos judiciales; Encargados de Hacer Cumplir la Ley, médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos de investigación; Actividad Criminal, Actividad militar y Seguridad Nacional, compensación a los trabajadores, presos, Usos y Revelaciones. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones se harán solamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse a menos que requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o la práctica del médico ha tomado una acción basada en el uso de la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar las restricciones específicas solicitadas ya quién quiere que la restricción aplique.

El médico no está obligado a aceptar la restricción que usted puede solicitar. Si el médico cree que es en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho de utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos en un lugar alternativo. Usted también tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente, es decir, por vía electrónica.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de salud. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si los hubiere, o de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de la intimidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número principal.

HIPAA Consentimiento Privacidad

En general, la regla de privacidad HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se proporciona el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI hacerse por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en vez de la oficina del individuo en vez de la casa del individuo.

Autorizo a dar mi información o responder a las preguntas con la siguiente persona (s):

Nombre	Relacion	Número de Telefono	Citas	Tratamiento	Cirugia	Facturación / Declaraciones
			Citas	Tratamiento	Cirugia	Facturación / Declaraciones
			Citas	Tratamiento	Cirugia	Facturación / Declaraciones
			Citas	Tratamiento	Cirugia	Facturación / Declaraciones
			Citas	Tratamiento	Cirugia	Facturación / Declaraciones
			Citas	Tratamiento	Cirugia	Facturación / Declaraciones

La firma debajo es sólo reconocimiento que usted ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre

Firma

Fecha



HOUSTON FOOT AND ANKLE CARE

Gabriel A. Maislos, D.P.M.
www.houstonfootankle.com

7777 Southwest Fwy. Suite 506
Houston, TX 77074
Tel: (713) 541-3199
Fax: (713) 541-5809

Divulgación y Formulario de Autorización para Remisión de pacientes a otro médico o servicios no participante(s)

Con el fin de ofrecerle un mejor servicio con la máxima calidad de atención y la seguridad en la mayoría de precios asequibles, a veces es necesario e importante tener otro proveedor o mas entidades a unirse a nuestro equipo para completar o continuar los procedimientos o tratamientos médicos con el fin de asegurar la pronta recuperación para usted. Nos gustaría mantenerle informado de su elección y nuestra recomendación de estos otros proveedores o entidades y obtener su autorización informada antes de nuestra referencia y la programación para el procedimiento siguiente tratamiento(s).

Si bien ningún proveedor o entidad pudiera estar participando todas las redes de atención administrada, como la que su plan de salud tiene un contrato, estos otros proveedores o entidades pueden o no estar en la red de su plan de salud. Este formulario se utiliza para informarle de nuestra verificación de que el proveedor arriba mencionado o entidades son proveedores no participantes con su plan de salud.

Hemos verificado su cobertura de seguro para proveedor no participante o entidades y el tratamiento recomendado / procedimiento y obtener la certificación previa si es aplicable para todos los servicios como una cortesía a usted.

Por favor, comprenda que la verificación de seguro no es una garantía de pago del seguro de acuerdo a su plan de salud.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de si tiene beneficios fuera de la red o sus obligaciones financieras bajo su plan de beneficios si se utiliza un proveedor fuera de la red, por favor llame al número de Servicios al Miembro en su tarjeta de identificación del seguro.

Cumplimiento y divulgación en virtud del Código de Ocupaciones de Texas - Sección 102.006

En cumplimiento con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas en relación con mi consentimiento informado y la elección personal de los médicos y las instalaciones únicamente sobre la base de la calidad y seguridad de la atención, la reputación de la satisfacción del paciente, y mi conocimiento en mi toma de decisiones en el ejercicio de mis derechos con respecto a la de la red o fuera de la cobertura de la red y los costos compartidos, mi médico de cabecera y/o clínica (instalación) han dado a conocer a mí en el momento del contacto inicial y en el momento de la remisión con respecto a la elección de médico o centro únicamente en el interés de mi calidad asistencial y la seguridad, como resultado de mi consentimiento informado y la elección personal de médico(s) y / o instalación de: (A) su / su afiliación, en su caso, con la médico o centro para el que el paciente es referido y (B) que él / ella va a recibir, directa o indirectamente, remuneración por referir a mi solicitud y ejercer mis derechos de libertad de elección de proveedor y en la instalación bajo -cobertura de la red o fuera de la red, como siempre por mi plan de salud, en cumplimiento con todas las leyes federales y estatales, Medicare, ERISA, PPACA y la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas.

Médico o centro con la afiliación y la remuneración: Altus - LCS Surgery Center, ZapNails, Houston Foot and Ankle Care, Gabriel A. Maislos, DPM

Certifico que se me informó de los recursos eficaces alternativas razonables a su disposición en el momento de mi decisión y mi opción de utilizar uno de los recursos alternativos, y que me aseguró mi médico de cabecera que no voy a ser tratado de manera diferente por el médico y su personal si elijo un proveedor alternativo o entidad.

Certifico que mi médico de cabecera ha hecho referencias a los otros proveedores no participantes o entidades basadas únicamente en las necesidades de cuidado de mi salud individual, la norma de la comunidad médica de la atención y mi elección informada de calidad y seguridad de la atención que se espera y recepción, y para la reputación profesional del proveedor y la satisfacción del paciente con el fin de proporcionarme atención médica de calidad y asequible que yo personalmente esperaba bajo mi plan de salud para la cobertura fuera de la red.

He leído y entiendo completamente esta Revelación y Formulario de Autorización. Por la presente autorizo a esta referencia no participante y fuera de la red de proveedores (s) o entidades, mencionadas en el encabezamiento.

Nombre del Paciente (letra de molde)

Firma del paciente

Fecha



HOUSTON FOOT AND ANKLE CARE

Gabriel A. Maislos, D.P.M.
www.houstonfootankle.com

7777 Southwest Fwy. Suite 506
Houston, TX 77074
Tel: (713) 541-3199
Fax: (713) 541-5809

POLIZA FINANCIERA

Gracias por habernos elegido para su atención podológica. Nuestro objetivo es brindarle un tratamiento de más alta calidad y atención quirúrgica a un costo asequible. Para hacer nuestros servicios a disposición del mayor número posible de pacientes de forma asequible, hemos adoptado la póliza de recaudación financiera se describe a continuación. Le pedimos que lea la póliza cuidadosamente y firmar antes de cualquier tratamiento.

- PODEMOS ACEPTAR CUALQUIER SEGURO CON COBERTURA ASSIGNABLE APLICABLE.
- OFRECEREMOS ASISTENCIA FINANCIERA (DESCUENTOS, EXENCION O REDUCCION DE LOS DEDUCIBLES, COPAGOS Y COSEGUROS) EN NUESTRA POLÍTICA DE INDIGENCIA A TODOS LOS PACIENTES elegibles en función de cada caso
- PAGO COMPLETO SE DEBE A LA HORA DE SERVICIO A MENOS ARREGLADO DE OTRA MANERA
- ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, O VISA / MASTERCARD
- OFRECEMOS UN PLAN DE PAGO EXTENDIDO CON LA APROBACIÓN DE CRÉDITO ANTES.

Cheques rechazados se cargará de nuevo a la cuenta del paciente con un cargo de servicio de \$ 50.00. Cheques rechazados no canjeados dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación por escrito al fabricante será remitido al fiscal para su cobro.

Respecto al Seguro

Podemos aceptar la asignación de los beneficios del seguro a nuestro criterio si la identificación de seguro aceptable se proporciona. Identificación de seguro aceptable se define como una tarjeta de seguro en vigor, la póliza/plan con cobertura aplicable, o la verificación telefónica. Como una cortesía a nuestros pacientes, seguros y verificables serán facturados por la oficina de este cirujano. Sin embargo, usted será personalmente responsable por el saldo de su cuenta, independientemente de si o no si su seguro pagará por su saldo total de sus reclamaciones, a menos que usted es elegible para descuentos en nuestra póliza de indigencia predeterminadas antes de que los servicios son prestados. Su póliza de seguro / empleador plan de beneficios es un contrato entre usted y su compañía de seguros / empleador plan de beneficios. Nosotros no somos parte en ese contrato. En el caso de que no acepta la asignación de beneficios que requieren que ser pre-aprobado en el plan de extensión de pago por proporcionar una tarjeta de crédito o cuenta de cheques personal con autorización para cobrar esa cantidad por el saldo adeudado, si su compañía de seguros / beneficios para empleados plan no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de 45 días o se ha determinado sus pretensiones de ser el responsable de las razones de la suma deducible anual, co-pago, los servicios no cubiertos y no es necesario médicamente.

Si un paciente decide o la obligación de facturar a su propio seguro, esta oficina le proporcionará un informe detallado y un formulario HCFA-1500 para el paciente, pero se tratará la cuenta como una auto-pago.

En relación con descuento

Podemos ofrecer descuentos, reducción o exención de los deducibles, coseguro y copago para las pacientes elegibles con base en las necesidades médicas y capacidad de pago sobre una base caso por caso, de acuerdo con nuestra Política de Indigencia Corporativa de acuerdo con las leyes federales y estatales. Usted puede solicitar asistencia financiera descuento indigencia pidiendo a nuestro personal para determinar si usted es elegible.

En cuanto a cargos cirujanos y de instalaciones

Daremos a conocer a todos los pacientes nuestros cargos cirujano tan claramente como sea posible antes de que sus procedimientos médicos o quirúrgicos si se sabe a nosotros. Por favor, no dude en preguntar a nuestro personal si tiene alguna pregunta sobre los cargos y sus responsabilidades de pago.

Como es de su conocimiento, su compañía de seguros requiere a los médicos y cirujanos de cobrar y facturar por separado los servicios de centros quirúrgicos y hospitales. No se sorprenda de que recibirá cirujano independiente, anestesista, laboratorios de diagnóstico, radiólogos, patólogos, entre otros, además de las facturas de las instalaciones quirúrgicas para la cirugía. Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus cuentas de instalaciones quirúrgicas, por favor dirija sus preguntas a ese centro quirúrgico.

Si bien no prevemos ningún caso fortuito, no tenemos control sobre cualquier evento (s) que pueda surgir. En caso de necesitar atención médica o quirúrgica adicional en todo caso, de las complicaciones post-quirúrgicas y reacciones, puede incurrir en gastos adicionales en estas instalaciones o fuera de esta institución, como un hospital.

Los cargos sólo incluyen la fecha declarada de servicios en ese lugar, y no incluyen ninguna otra fecha de los servicios de nuestra parte o de otros proveedores e instalaciones.

En cuanto PPO y HMO Red de Participación

Como usted sabe, usted puede tener la opción de elegir un cirujano o instalaciones quirúrgicas con o sin PPO o HMO participación en la cobertura de seguro diferente y los niveles de beneficios. Estamos dedicados a brindar atención de calidad más alta a todos los pacientes, sin embargo no tenemos el poder para cambiar su cobertura de seguro o limitaciones de la red. La mayor parte del plan de salud o pólizas de seguro puede proporcionar cobertura quirúrgica para no PPO proveedores y servicios, pero a un menor porcentaje de reembolso del seguro. A pesar de que es su responsabilidad verificar su cobertura de seguro para los proveedores de no-PPO/HMO, siempre vamos a revelar a usted en cuanto a nuestro estado de participación a su plan de seguro. También ofrecemos todos los pacientes con asistencia financiera o de descuento con altos deducibles y coseguro por nuestra Política de Indigencia Corporativa de acuerdo con las leyes federales y estatales.

En este momento, no participamos en ninguna red de atención administrada de Medicare que no sean de Pago-por-Servicio (Planes de Medicare Parte B). La mayoría de los planes de salud o pólizas de seguro puede tener cobertura para los proveedores fuera de la red o instalaciones, pero en un porcentaje diferente o inferior o el nivel de las tasas de reembolso.

Vamos a verificar su cobertura de seguro y obtener la certificación previa si es aplicable para todos los servicios como una cortesía a usted antes de su cirugía.

Por favor, comprenda que toda verificación del seguro no es una garantía de pago del seguro.

Cumplimiento y divulgación en virtud del Código de Ocupaciones de Texas - Sección 102.006

En cumplimiento con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas en relación con mi consentimiento informado y la elección personal de los médicos y las instalaciones únicamente sobre la base de la calidad y seguridad de la atención, la reputación de la satisfacción del paciente, y mi conocimiento en mi toma de decisiones en el ejercicio de mis derechos con respecto a la de la red o fuera de la cobertura de la red y los costos compartidos, mi médico de cabecera y/o clínica (instalación) han dado a conocer a mí en el momento del contacto inicial y en el momento de la remisión con respecto a la elección de médico o centro únicamente en el interés de mi calidad asistencial y la seguridad, como resultado de mi consentimiento informado y la elección personal de médico y/o instalación de: (A) su afiliación, en su caso, con el médico o centro que el paciente es referido y (B) que él / ella va a recibir, directa o indirectamente, remuneración por referir a mi solicitud y ablación mis derechos a la libertad de elección de proveedor (s) y en la instalación bajo -cobertura de la red o fuera de la red, como siempre por mi plan de salud, en cumplimiento con todas las leyes federales y estatales, Medicare, ERISA, PPACA y la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas.

Médico o centro con la afiliación y la remuneración: Altus – LCS Surgical Center

Su responsabilidad para la Cooperación

Si aceptamos su misión de seguro como pago de su reembolso del seguro, usted se compromete a colaborar puntualmente con su compañía de seguros o plan de salud en el curso del procesamiento de reclamaciones de seguros, tales como consultas de seguros, solicitudes de información adicional, las reclamaciones o solicitudes de verificación de estado de las a los efectos de su tramitación de reclamaciones. También se compromete a notificarnos inmediatamente de cualquier solicitud de seguro o solicitud de información adicional y nos proporcione una copia de toda la documentación recibida de la compañía de seguros o compañía de seguros para presentar a usted.

En un evento que usted recibe cheques del seguro de pago para sus cirugías prestados por este doctor, usted se compromete a presentar dicho seguro reembolsará cheque a nuestra oficina dentro de los cinco (5) días hábiles después de la recepción de los cheques del seguro. En una omisión o negativa que transmita o envíe los cheques de reembolso de seguros por los servicios médicos de este proveedor, la totalidad de su acuerdo de descuento será anulada, y el saldo total se debe de inmediato, ya que no hay justificación para que usted mantenga el seguro el pago por nuestros servicios, usted se comprometió a pagar por nuestros servicios. Además, usted se compromete a compensar los gastos legales si tenemos que retener los servicios legales para cobrar las deudas vencidas.

Estamos comprometidos a servirle con atención de más alta calidad posible a un precio asequible. Todo el personal de nuestra oficina está listo para ayudarle en todo momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas financieras, por favor no dude en preguntar en cualquier momento. Le damos las gracias por su cooperación.

He leído la Política Financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta Política Financiera.

X		Nombre del Paciente (letra de molde)	Fecha
X		Nombre (letra de molde)	Fecha



Screening Questions

- Lo han diagnosticado con diabetes?
- Lo han diagnosticado con alta presión?
- Lo han diagnosticado con insuficiencia cardíaca?
- Sufre de obesidad?
- Sufre de insomnio?
- Siente hormigueo y/o falta de sensación en sus extremidades?
- Siente debilidad y/o dolor en sus extremidades?
- Sufre de mala circulación a sus extremidades?
- Se siente cansado o fatigado durante el día?
- Es inquieto cuando trata de dormir?

Si contesto **Si** a tres o más de estas preguntas, usted puede sufrir de **Apnea del Sueño**.

Que es Apnea del Sueño: Cese temporal de la respiración mientras duerme.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE MEMORIAL HERMANN (MHiE) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Propósito: El MHiE es una red para el intercambio de información sobre la salud desarrollada por Memorial Hermann Healthcare System. Los Miembros de intercambio incluyen hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico, que pueden compartir electrónicamente la información médica y otra información sobre la salud individualmente identificable acerca de los pacientes, con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Nosotros también somos Miembros de intercambio de MHiE y solicitamos su autorización para compartir la información sobre su salud con otros Miembros a través de MHiE. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación electrónica de la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHiE con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Si usted rechaza firmar este Consentimiento, no nos negaremos a brindarle tratamiento o cuidado. Sin embargo, si usted no lo firma, no podremos compartir electrónicamente la información sobre su salud con sus proveedores de cuidado de la salud que participan en el MHiE como Miembros de intercambio.

Instrucciones: Si usted acepta permitirnos que divulguemos la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHiE, llene las partes correspondientes de este Consentimiento y firmelo.

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Información que se divulgará; propósito del Consentimiento para la divulgación

Yo, _____ [nombre del paciente], por este medio doy mi consentimiento a la divulgación de mi información médica, de salud y de visitas a todos y cada uno de los proveedores del Memorial Hermann Healthcare System (colectivamente denominados el "Proveedor") a otros proveedores participantes en el MHiE (Miembros de intercambio) que soliciten tal información con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Entiendo que la información a divulgar incluye registros médicos y de facturación utilizados para tomar decisiones acerca de mi persona.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE AL PROVEEDOR A REVELAR TODOS LOS TIPOS Y CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE MI SALUD A OTROS PROVEEDORES DE CUIDADO DE LA SALUD PARTICIPANTES EN MHiE, CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIÓN DE SISTEMAS DE CUIDADO DE LA SALUD [LO CUAL INCLUYE, SIN LIMITACIÓN, MIS REGISTROS SOBRE ALCOHOL Y TRATAMIENTO, ABUSO DE DROGAS, SALUD MENTAL Y VIH/SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SEGÚN CORRESPONDA].

Ausencia de condiciones: Este Consentimiento es voluntario. No condicionaremos su tratamiento a la recepción de este Consentimiento. **NO OBSTANTE, SI USTED NO LO FIRMA [O NO ANOTA SUS INICIALES] EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES, NO PODRÁ PARTICIPAR EN MHiE.**

Effect of Granting this Consent: This Consent permits all MHiE Exchange Members to access your health information. Exchange Members of the MHiE are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Plazo de vigencia y revocación Este Consentimiento continuará siendo válido a menos que usted lo revoque. Usted puede revocar este Consentimiento en cualquier momento completando la notificación de revocación de MHiE. Para obtener una notificación de revocación de MHiE, llame al 713-456-MHiE (6443). La revocación de este Consentimiento *no* afectará ninguna medida que hayamos tomado basándonos en este Consentimiento antes de recibir su notificación de revocación. Asimismo, tal revocación no tendrá ningún efecto sobre la información personal sobre su salud que ya se haya hecho disponible a los Miembros de intercambio durante el plazo en el cual su Consentimiento haya estado vigente.

FIRMA DEL PACIENTE

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento. Entiendo que, al firmarlo, confirmo mi autorización y consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal sobre mi salud, tal como se describe en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación o parentesco con el paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.

Incluir este Consentimiento en los registros del paciente.

Official Use Only:

