

Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE (Nombre, inicial, apellido)	TELEFONO	TELEFONO SECUNDARIO	CONTACTO DE EMERGENCIA
DOMICILIO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	RELACION AL PACIENTE
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	SEXO [] MASCULINO [] FEMENINO	ESTADO CIVIL [] CASADO [] SOLTERO [] OTRO	CONTACTO TELEFONO 1
NOMBRE DEL EMPLEADOR Y DOMICILIO	OCUPACION	DIRRECCION DE CORREO ELECTRONICO	CONTACTO TELEFONO 2

Información del deudor

NOMBRE DEL DEUDOR (Nombre, inicial, apellido)	TELEFONO	TELEFONO SECUNDARIO
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	SEXO [] MASCULINO [] FEMENINO	RELACION AL PACIENTE
NOMBRE DEL EMPLEADOR Y DOMICILIO	OCUPACION	

Seguro principal del asegurado

NOMBRE DEL ASEGURADO (Nombre, inicial, apellido)	TELEFONO	TELEFONO SECUNDARIO
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	SEXO [] MASCULINO [] FEMENINO	RELACION AL PACIENTE
NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPANIA DE SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACION	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	NUMERO DE GRUPO	COPAGO CANTIDAD

Seguro secundario del asegurado

NOMBRE DEL ASEGURADO (Nombre, inicial, apellido)	TELEFONO	TELEFONO SECUNDARIO
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	SEXO [] MASCULINO [] FEMENINO	RELACION AL PACIENTE
NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPANIA DE SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACION	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	NUMERO DE GRUPO	COPAGO CANTIDAD

Autorización y Aceptación

Yo / nosotros reconocemos que la información anterior es verídica y correcta a lo mejor de mi / nuestro conocimiento. Yo / nosotros autorizamos a la práctica antes mencionado para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento para mi compañía de seguros, empleadores, instituciones de médicos, o los pagadores de terceras partes, como se requiere para ciertas reclamaciones presentadas.

FIRMA DEL PACIENTE /PADRE/GUARDIAN

NOMBRE EN LETRA DE MOIDE

FECHA

Yo / nosotros autorizo el pago directo a hacerse a la práctica sobre el nombre de todas y todos los servicios médicos y quirúrgicos prestados. Entiendo que si cualquiera de los servicios o cargas no sean cubiertos por mi compañía de seguros o mi elegibilidad no puede ser verificada, soy responsable de todos los gastos incurridos.

FIRMA DEL PACIENTE /PADRE/GUARDIAN

NOMBRE EN LETRA DE MOIDE

FECHA

Cuestionario para el Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil _____ Referida/o por _____ Ocupación _____

Razón de su visita _____

ENFERMEDADES Y OPERACIONES

Tipo	Fecha		Tipo	Fecha

Indique con una "X" los parientes inmediatos que tienen

(X)	Enfermedades	Relación
	Cáncer	
	Aneurismo	
	Diabetes	
	Problemas Cardiacos	
	Derramé Cerebral	
	Otro: _____	

Hábitos de salud, por favor indique si o no con una "X"

	Si	No
Alcohol		
Cafeína		
Drogas Ilícitas		
Tabaco		

¿ Esta relacionado con un accidente automovilístico?

si no Fecha del accidenté ____/____/____

¿ Esta relacionado con un accidente de trabajo?

si no Fecha del accidenté ____/____/____

Tipo de dolor y locación relacionado con su visita

FIRMA

FECHA

CONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

FORMA DE CONOCIMIENTO

Yo he recibido la Notificación de Practicas de privacidad y he sido provisto de una oportunidad para revisarla.

Nombre (Por favor escriba) _____ Fecha de
Nacimiento _____

Firma _____

Fecha _____

PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado!

La oficina está permitida por las leyes federales de privacidad para hacer uso y divulgación de su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La información médica protegida es la información que generamos y obtenemos en la prestación de nuestros servicios. Esta información puede incluir la documentación de sus síntomas, el examen, y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y aplicación para el cuidado o tratamiento futuro. También incluye documentos de facturación para los servicios.

Ejemplos de usos de su información médica para fines de tratamiento son:

Para el tratamiento. Se nos permite usar y divulgar su IPS [**Información Personal de Salud**] a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participan en el cuidado de que Edward C. Murphy, MD, PA le proporcione durante el tratamiento o servicios médicos. También podemos revelar su PHI a proveedores de asistencia médica fuera Edward C. Murphy, MD, PA que pueden estar involucradas en su atención médica, tales como los médicos que se proporcionan los cuidados de seguimiento, las organizaciones de terapia física, proveedores de equipos médicos y de enfermería especializada instalaciones.

Para el pago. Se nos permite usar y divulgar su IPS para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en Edward C. Murphy, MD, PA puedan ser facturados (y el pago puede ser recogida de) su compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, podemos necesitar dar información a su plan de salud acerca de la cirugía que usted recibió en Edward C. Murphy, MD, PA para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Se nos permite usar y divulgar su IPS para nuestras operaciones de negocio. Estos usos y revelaciones son necesarios para ejecutar Edward C. Murphy, MD, PA, y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su IPS para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.

A los Asociados de Negocios para el Tratamiento, Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud. Se nos permite divulgar su IPS a nuestros socios de negocio con el fin de llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su IPS a una empresa que contratamos para las compañías de seguros proyecto de ley en nuestro favor que nos ayuden a obtener el pago por los servicios de salud que ofrecemos.

Personas involucradas en su cuidado o pago de su atención. Podemos revelar su IPS a un miembro de la familia, otro amigo personal familiar o cercano que esté involucrado en su cuidado médico si el ISP se libera directamente relacionada con la participación de la persona en su atención. También podemos revelar información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado.

Recordatorios de citas. Podemos utilizar y revelar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con Edward C. Murphy, MD, PA.

Sus Derechos de Información de Salud

Los registros de salud y de facturación que se mantenga la propiedad física de la oficina / hospital. La información contenida en él, sin embargo, le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante la entrega de la solicitud a nuestro consultorio / hospital - que no están obligados a aceptar la solicitud, pero vamos a cumplir con cualquier petición concedida;
- Solicitar una restricción en la divulgación de información médica a un plan de salud para los propósitos de llevar a cabo las operaciones de pago o cuidado de la salud (y no es para efectos de llevar a cabo el tratamiento, y se refiere únicamente a la IPS un servicio de atención de salud para el que ha sido el proveedor de atención de su propio bolsillo en su totalidad, debemos cumplir con esta solicitud;
- Obtener una copia del Aviso de normas de confidencialidad para información médica protegida ("Aviso") haciendo una petición a nuestro consultorio / hospital;
- Solicitar que se le permita inspeccionar y copiar su expediente médico y de contabilidad - se puede ejercer este derecho mediante la entrega de la petición a nuestro consultorio / hospital;
- Recurrir la denegación del acceso a su información médica protegida, salvo en determinadas circunstancias;
- Solicitar que su expediente médico sea modificado para corregir información incompleta o incorrecta, entregando una petición a nuestro consultorio / hospital. Podemos negar su petición si usted nos pide enmendar información que:
 1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
 2. No es parte de la información médica mantenida por o para el consultorio / hospital;
 3. No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o bien,
 4. Es exacta y completa.

Si su solicitud es denegada, se le informará de las razones de la denegación y tendrá la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que se mantenga en sus archivos;

- Pedir que la comunicación de su información médica se haga por medios alternativos o en un lugar alternativo mediante la entrega de la solicitud por escrito a nuestro consultorio / hospital;
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según sea necesario para mantener la ley mediante la entrega de una petición a nuestro consultorio / hospital. Tal informe no incluirá usos o revelaciones de información para tratamiento, pago o funciones; divulgaciones o usos que se hacen a usted o puesto a petición del cliente; usos o revelaciones hechas en virtud de una autorización firmada por usted, usos o revelaciones hechas en un directorio de la institución como a los miembros de la familia o amigos vinculados a la participación de esa persona en su cuidado o en el pago de dicha atención, o bien, usos o revelaciones para avisar a la familia u otras personas encargadas de su cuidado de su ubicación, estado, o su muerte.
- Revocar autorizaciones que usted hizo anteriormente para utilizar o divulgar la información mediante la entrega de una revocación escrita a nuestro consultorio / hospital, con excepción de la información o acción ya ha sido tomada.
- Optar por dejar de recibir comunicaciones adicionales de recaudación de fondos de la oficina / hospital. Si desea ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, por favor comuníquese con la oficina, en persona o por escrito, durante horas normales de trabajo. Le informaremos de los pasos que deben tomarse para ejercer sus derechos.

Nuestras Responsabilidades

El consultorio / hospital está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información médica según exige la ley;
- El consumidor recibe un aviso de nuestros deberes y prácticas de privacidad en cuanto a la información que recopilamos y mantenemos acerca de usted;
- Cumplir con los términos de este Aviso;
- Notificarle si no podemos acudir a una petición o solicitud, y,
- A sus peticiones razonables relacionados a la comunicación de información de salud con usted.

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar o eliminar las disposiciones que en nuestras prácticas de privacidad y prácticas de acceso y de promulgar nuevas disposiciones relativas a la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, vamos a modificar nuestro aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia revisada del Aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "Aviso" o visitando nuestra oficina y recoger una copia.

Para solicitar información o presentar una queja

Si usted tiene preguntas, desea información adicional o desea reportar un problema con el manejo de su información, puede comunicarse con la oficina al (713) 795-4300. Además, si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina mediante la entrega de la queja por escrito a 6550 Fannin, Ste 2323, Houston, Texas 77030. No podemos, y no le pediré a usted que renuncie al derecho de presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición para recibir asistencia de nuestro consultorio / hospital. No podemos, ni queremos, tomar represalias contra usted por presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Otras Revelaciones y Usos

Comunicación con la familia

Usando nuestro mejor juicio, que puede revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano, o a cualquier otra persona que usted identifique, información médica pertinente a la participación de esa persona en su cuidado o en el pago de esa atención si usted no se opone o en una emergencia.

Notificación

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información médica protegida para notificar o asistir en la notificación, un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, y sobre su condición general, o de su muerte.

Investigación

Podemos revelar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional internacional que ha revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información protegida de salud.

Ayuda para Desastres

Podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud para ayudar en los esfuerzos de socorro.

Órgano Organizaciones de Adquisiciones

De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su información protegida de salud a las organizaciones de órganos cremento a favor o en otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento, o trasplante de órganos con el propósito de la donación y trasplante de tejidos.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)

Podemos revelar a la FDA su información protegida de salud relacionados con eventos adversos con el nuevo respeto a los alimentos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia post-comercialización, información para permitir la retirada de productos, reparaciones o reemplazos.

Compensación a los Trabajadores

Si usted está buscando una compensación a través de remuneración de los trabajadores, podemos divulgar su información protegida de salud en la medida necesaria para cumplir con las leyes de Compensación de Trabajadores.

Salud Pública

Según lo autorizado por la ley, podemos divulgar su información protegida de salud a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad, para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre el retiro, para notificar a una persona que puede haber estado expuesto a una enfermedad o que está en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Abuso y descuido

Podemos divulgar su información protegida de salud a las autoridades públicas lo permitido por la ley para el abuso de volver a puerto o negligencia.

Los empleadores

Podemos revelar información médica acerca de usted a su empleador si le proporcionamos los servicios de salud a usted, a petición de su empleador, y los servicios de atención de salud se prestan en el que el conducto Con una evaluación relacionada con la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si tiene una enfermedad relacionada con el trabajo o lesiones. En tales circunstancias, se le dará una notificación escrita de dicha liberación de información a su empleador. Cualquier otra información a su empleador se hará sólo si se ejecuta una autorización específica para la liberación de esa información a su empleador ellos.

Instituciones Correccionales

Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a sus agentes la información médica confidencial necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otros individuos INDI.

Aplicación de la ley

Podemos divulgar su información médica protegida para fines de aplicación de la ley como requerido por la ley, como cuando sea requerido por una orden judicial, o en los casos de enjuiciamiento, o cuando un individuo este bajo custodia de la policía.

Supervisión de la Salud

La ley federal nos permite revelar su información médica a las agencias de supervisión de la salud o para actividades de supervisión de salud.

Judicial / Procedimientos Administrativos

Podemos divulgar su información protegida de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo que lo permita o requiera la ley, con su autorización, o según las indicaciones de una orden judicial apropiada.

Graves amenazas

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, podemos divulgar su información protegida de salud en consonancia con las leyes aplicables para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Para funciones especializadas del gobierno

Podemos divulgar su información médica protegida para funciones gubernamentales especializadas como autorizadas por la ley como a personal de las Fuerzas Armadas, por razones de seguridad nacional, pública o personal de asistencia del programa.

Médicos forenses, examinadores médicos, y directores de funerarias

Podemos revelar información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona o dejado de determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre los pacientes de las entidades incluidas a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Otros usos

Otros usos y divulgaciones, además de aquellos identificados en este aviso, se hará sólo si lo requiere la ley o con su autorización por escrito y podrá revocar la autorización a que se previstas en este aviso en "Tus Derechos en Salud de la Información."