



# Preventative

## HEALTH ALLIANCE

Estimado(a) Paciente:

Bienvenido(a) a nuestra práctica. Es un honor ser sus médicos, y estamos comprometidos a ofrecerle el mejor cuidado posible. Nuestro objetivo es trabajar juntos para mantenerlo(a) lo más saludable posible, sin importar su estado de salud actual. Compartiremos con usted nuestra experiencia médica, y esperamos que se comprometa a adoptar un estilo de vida saludable, ya que es clave para su bienestar. Ninguno de nosotros tiene un estilo de vida perfectamente saludable, pero cada día podemos acercarnos más a una vida más sana.

Aquí hay algunos pasos importantes que puede tomar para mejorar su salud:

- No fume cigarrillos ni use otros productos de tabaco.
- Consuma alcohol con moderación, si es que lo consume, y nunca conduzca si ha bebido.
- Siga una dieta baja en grasas y rica en vegetales y frutas.
- Haga ejercicio al menos tres veces por semana.
- Use el cinturón de seguridad siempre que viaje en un automóvil.
- Aprenda formas de manejar el estrés y la tensión.
- Descubra qué significa la espiritualidad para usted y practíquela.
- Mantenga lazos con su familia, vecinos, compañeros de trabajo o comunidad religiosa.

Será un gran placer trabajar con usted para lograr estas metas, utilizando nuestro conocimiento y experiencia.

Nuestro objetivo es que todos participen en nuestro programa de Atención Preventiva de Salud. Todas las personas que se unan a nuestra práctica deben comenzar con un examen físico completo, seguido de chequeos periódicos para detectar de manera proactiva cualquier enfermedad específica.

Estamos emocionados de trabajar con usted como su Equipo de Atención Médica designado. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina para hablar sobre cualquier inquietud o tema que usted crea que pueda estar afectando su salud. Nuestra esperanza es establecer una relación basada en una comunicación abierta y fluida en ambas direcciones. Trabajemos juntos para ayudarle a vivir una vida plena y saludable, ¡porque usted se lo merece!

Atentamente,

***Su Equipo de Atención Médica en Preventative Health Alliance***



## Tome un Papel Activo en el Cuidado de su Salud

**E**stamos comprometidos a ayudarle a mejorar su salud y a mantenerla, pero usted juega un papel clave para lograrlo. Estas son algunas sugerencias de la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud que todos los pacientes deben seguir:

### **En el consultorio médico:**

- ▶ Hable si tiene preguntas o inquietudes. Tiene derecho a cuestionar a cualquier persona involucrada en su cuidado.
- ▶ Asegúrese de que alguien, como su médico de cabecera, esté a cargo de su cuidado. Esto es especialmente importante si tiene múltiples problemas de salud o está hospitalizado.
- ▶ Verifique que todos los profesionales de la salud involucrados en su cuidado tengan información importante sobre su salud. No asuma que todos saben lo que necesitan saber.
- ▶ Si le realizan una prueba, no asuma que **“sin noticias son buenas noticias”**. Pregunte por los resultados.
- ▶ Infórmese sobre su condición y tratamientos preguntando a su médico y utilizando fuentes confiables. Por ejemplo, las recomendaciones de tratamiento basadas en evidencia científica están disponibles en el sitio web del Alliance for the Implementation of Clinical Practice Guidelines: <https://aicpg.org>.

### **Después de salir del consultorio:**

- ▶ Si tiene preguntas, llame.
- ▶ Si sus síntomas empeoran o tiene problemas con su medicamento, llame.
- ▶ Si su médico indicó que necesita hacerse pruebas, programe las citas en el laboratorio u oficinas correspondientes. **Si no tiene noticias una semana después de realizarlas, llame.**
- ▶ Si su médico indicó que debe ver a un especialista, programe una cita.

### **Medicamentos:**

- ▶ Asegúrese de que todos sus médicos sepan todo lo que está tomando, incluyendo medicamentos recetados, medicamentos comprados en la farmacia sin receta y suplementos dietéticos como vitaminas, hierbas y cualquier remedio casero.
- ▶ Informe a su médico sobre cualquier alergia o reacción adversa que haya tenido a algún medicamento en el pasado.
- ▶ Cuando le receten un medicamento, pregunte:
  - ¿Para qué es este medicamento?
  - ¿Cómo debo tomarlo y por cuánto tiempo?
  - ¿Qué efectos secundarios puedo anticipar? ¿Qué hago si ocurren?

Fuentes: “Hoja informativa para pacientes: 20 consejos para ayudar a prevenir errores médicos,” publicación No. 00-PO38 de AHRQ, febrero de 2000; y “Consejos rápidos: cuando hable con su médico,” publicación No. 01-0040a de AHRQ, mayo de 2002. Agencia para la Investigación y Calidad en el Cuidado de la Salud (AHRQ), Rockville, MD. Para el texto completo, visite [www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm](http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm) y [www.ahrq.gov/consumer/quicktips/doctalk.htm](http://www.ahrq.gov/consumer/quicktips/doctalk.htm).

- ¿Es seguro tomar este medicamento con otros medicamentos o suplementos que estoy tomando?
- ¿Qué alimentos, bebidas o actividades debo evitar mientras tomo este medicamento?
- ▶ Al recoger su medicamento, pregunte: ¿Es este el medicamento que me recetó el médico?
- ▶ Pregúntele a su farmacéutico cuál sería el mejor dispositivo para medir sus medicinas líquidas, como jeringas marcadas o cucharas. Pídale que le explique cómo usarlos correctamente para asegurarse de medir la dosis adecuada.
- ▶ Solicite información escrita sobre los efectos secundarios del medicamento para que pueda estar preparado(a) en caso de que ocurra algo inesperado y buscar ayuda de inmediato.
- ▶ Para **renovar recetas, llame a su farmacia local con al menos 5 a 7 días de anticipación** antes de que se le acabe el medicamento. Tenga en cuenta que nosotros no llamamos a los pacientes para informarles que su receta fue aprobada, ya que enviamos las autorizaciones directamente a la farmacia. **Si la farmacia no puede surtir su receta en 2-3 días, llame a nuestra oficina.**
- ▶ Por razones de seguridad y debido al alto potencial de abuso, necesitará consultar al médico para renovar **recetas de sustancias controladas y ansiolíticos**, las cuales solo se renuevan durante horas regulares de oficina. No se surten recetas de estas sustancias ni de antibióticos durante los fines de semana o días festivos.

### ***Si debe ir al hospital:***

- ▶ Asegúrese de que el hospital sepa que somos sus proveedores de atención médica y avise a nuestra oficina para informarnos.
- ▶ Al ser dado de alta, pídale a su médico que le explique el plan de tratamiento en casa, incluyendo información sobre sus medicamentos y cuándo puede retomar sus actividades normales.
- ▶ Si va a someterse a una cirugía, asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén de acuerdo y claros sobre lo que se hará.
- ▶ Pida a un familiar o amigo que lo acompañe y actúe como su defensor, alguien que pueda ayudarle a resolver situaciones y hablar por usted si no puede. Aunque sienta que no necesita ayuda ahora, podría necesitarla más adelante.
- ▶ Discuta con nosotros su Plan de Cuidados Avanzados en su visita de seguimiento.



**Preventative**  
HEALTH ALLIANCE

## **UN FOLLETO PARA LA PRIMERA VISITA**

### **Su Primera Visita**

Gracias por elegir a **Preventative Health Alliance** para satisfacer sus necesidades de atención médica. Durante su primera visita, conocerá a nuestro personal, completará algunos formularios breves y, por supuesto, conocerá a su médico. Como su proveedor de atención primaria, intentaremos resolver su problema médico actual y detectar o prevenir otros problemas de salud. Esperamos que esta primera visita no solo sea una oportunidad para abordar cualquier inquietud médica que pueda tener, sino también un momento para conocernos mejor.

### **El Primer Examen**

Al ingresar a la sala de espera, un miembro del personal le pedirá que llene algunos formularios y luego será llevado a la estación de signos vitales, donde se le medirán la altura, el peso y la temperatura. También se le harán preguntas sobre su salud, las cuales el médico revisará con usted dentro del consultorio. Dependiendo de su problema médico, es posible que se le pida que se desvista y se ponga una bata en la privacidad del consultorio. Esto permitirá al médico evaluar mejor su salud. Después del examen, su médico le sugerirá un plan de tratamiento y visitas futuras, si son necesarias.

Esperamos que después de su visita se sienta confiado de haber tomado una decisión acertada al elegir nuestra clínica. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

---



# Preventative

## HEALTH ALLIANCE

### **Referencias a Especialistas y Atención Administrada**

Si pertenece a un HMO, es posible que su compañía de seguros le haya pedido que elija un "proveedor de atención primaria" para gestionar todas sus necesidades de atención médica. Los internistas (médicos especializados en adultos) están altamente calificados para desempeñar este rol. Estamos capacitados para brindar atención a adultos, diagnosticar y tratar enfermedades, desde erupciones cutáneas hasta ataques cardíacos. Además, somos expertos en la prevención de enfermedades y deseamos construir relaciones médico-paciente basadas en la confianza y el respeto mutuo.

Los internistas pueden tratar entre el 85 y el 90 por ciento de los problemas médicos de sus pacientes. ¿Cómo manejamos los pocos problemas que no podemos tratar? Referimos a los pacientes con esos problemas a los especialistas correspondientes.

### **El Proceso de Referencia**

Las referencias funcionan prácticamente de la misma manera para todos los pacientes, con una excepción: si pertenece a un HMO, generalmente solo podemos referirlo a especialistas que participen en su HMO. Es decir, si un médico no está en la lista de "proveedores participantes" de su HMO, su HMO no cubrirá las visitas a ese médico. Para verificarlo, simplemente llame a la línea de servicio al cliente de su plan de salud o consulte su directorio de proveedores actual.

Como usted nos ha elegido como sus Proveedores de Atención Médica en Preventative Health Alliance, le pedimos que nos otorgue la confianza para brindarle atención médica de calidad. Parte de esa confianza implica confiar en nuestro equipo para decidir cuándo es necesario recurrir a un médico especializado en ciertos problemas de salud. Solo referimos a los pacientes después de haber tenido la oportunidad de evaluar sus condiciones. Por ejemplo, si tuviera un dolor de oído, no buscaría inmediatamente la atención de un especialista en oído, nariz y garganta. En su lugar, visitaría nuestra clínica para que podamos diagnosticar y tratar adecuadamente su dolor de oído. Si su caso requiriera un tratamiento especial, entonces lo referiríamos.



# Preventative

## HEALTH ALLIANCE

Una vez que se realiza la referencia, nuestro personal lo guiará en la programación de una cita con el especialista según la información que nos haya proporcionado. Por lo tanto, **es necesario asegurarse de que nos haya dado información precisa y completa.** Cuando visite la oficina del especialista por primera vez, lleve con usted los formularios de referencia. El especialista trabajará con nosotros para diagnosticar y tratar su problema especial. Una vez que el especialista haya completado su evaluación o tratamiento, continuaremos con su cuidado médico preventivo.

Le agradecemos su confianza al escogernos como sus proveedores de salud.



## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Respetamos sus derechos como paciente y queremos que comprenda sus responsabilidades como socio en su cuidado médico.

### **Derechos del Paciente**

Es por esto que queremos proporcionarle un resumen de sus derechos como paciente.

- Tiene derecho a recibir atención considerada y respetuosa.
- Tiene el derecho y se le anima a participar activamente en el desarrollo y en la implementación de su plan de atención.
- No se le negará el acceso a la atención debido a su raza, credo, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad o fuente de pago.
- Tiene derecho a recibir información sobre su diagnóstico, condición y tratamiento en términos que pueda comprender.
- Tiene derecho a rechazar el tratamiento dentro de los límites permitidos por la ley y a ser informado de las posibles consecuencias de su decisión.
- Puede consentir o negarse a participar en tratamientos experimentales o investigaciones médicas.
- Tiene derecho a estar libre de todas las formas de abuso o acoso.
- Tiene el derecho de tomar decisiones informadas sobre su atención o designar a un representante de su elección para que lo haga.
- Tiene derecho a una evaluación y manejo adecuados del dolor.
- Tiene derecho a recibir información sobre las normas y reglamentos que afectan su atención y conducta.
- Tiene derecho a conocer los nombres y títulos profesionales de sus médicos y cuidadores.
- Puede solicitar un cambio de proveedor o una segunda opinión profesional si así lo desea.
- Tiene derecho a la privacidad y confidencialidad personal al buscar o recibir atención, excepto en condiciones o situaciones que amenacen su vida.
- Tiene derecho a expresar inquietudes o quejas sobre su atención.



# Preventative

## HEALTH ALLIANCE

- La confidencialidad de sus registros clínicos y personales será mantenida.
- Tiene derecho a ver su expediente médico dentro de los límites de la ley. Las copias enviadas a otros proveedores de atención médica para garantizar la continuidad de la atención serán gratuitas. Las solicitudes de registros médicos para uso personal tendrán un cargo nominal y razonable.
- Tiene derecho a una explicación de todos los elementos en su factura.

### **Responsabilidades del Paciente**

- Proporcionar información completa sobre su enfermedad o problema para permitir una evaluación y tratamiento adecuados.
- Hacer preguntas para asegurarse de comprender su condición o problema.
- Mostrar respeto hacia el personal de salud y otros pacientes. Cualquier forma de acoso sexual no será tolerada y será motivo de despido inmediato de la práctica.
- Cada vez que un paciente no asista a una cita sin previo aviso, otro paciente se ve privado de recibir atención. Por lo tanto, solicitamos que cancele o re programe una cita **al menos 24 horas antes** de la hora programada. De lo contrario, se considerará como "No Presentado". Múltiples "No Presentados" en un período de doce meses pueden resultar en la **terminación** de su atención en nuestra clínica. También se puede cobrar una **tarifa nominal**.
- Pagar las facturas o presentar reclamos de salud de manera oportuna **e informar de inmediato a la clínica** sobre cualquier **cambio** en su **cobertura médica/seguro**, estado laboral, incluyendo cambio de **dirección, número de teléfono y otra información** de contacto. Proporcionar información incorrecta o incompleta puede resultar en el **rechazo** de un reclamo, y el paciente será **responsable de cualquier saldo pendiente**.
- Usar medicamentos recetados o dispositivos médicos solo para sí mismo. Falsificar recetas es motivo de despido inmediato de la práctica. Permita de **5 a 7 días hábiles para renovaciones de recetas**





# Preventative

HEALTH ALLIANCE

para evitar quedarse sin medicamentos en caso de problemas con su seguro y/o farmacia. NO RENOVAMOS recetas de **narcóticos** y/o **sedantes** durante el fin de semana.

- Informar al médico si su condición empeora o si ocurre una reacción inesperada como resultado del tratamiento.



## Aviso de Prácticas de Privacidad

---

**Fecha de vigencia: 28 de diciembre de 2006**

Según lo requerido por las regulaciones de privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

**Este aviso describe cómo la información de salud sobre usted (como paciente de esta práctica) puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede acceder a su información de salud identificable de manera individual.**

***Por favor, revise este aviso detenidamente.***

**A. Nuestro compromiso con su privacidad:**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud identificable de manera individual (también llamada información de salud protegida, o **PHI**, por sus siglas en inglés). Al realizar nuestras actividades, crearemos registros sobre usted y sobre el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que estén en vigor en el momento.

Sabemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

- Cómo podemos usar y divulgar su PHI,
- Sus derechos de privacidad sobre su PHI,
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de su PHI.

**Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contengan su PHI y que sean creados o retenidos por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquier registro que podamos**



**crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica colocará una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia del Aviso más reciente en cualquier momento.**

**B. Si tiene preguntas sobre este Aviso, por favor contacte a:**

**Angie Sanchez , Oficial de Privacidad**

**4150 N. 108<sup>th</sup> Avenue, Suite 142**

**Phoenix, AZ 85037**

**623-322-1145**

**C. Podemos usar y divulgar su PHI de las siguientes maneras:**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podemos usar y divulgar su PHI.

- 1. Tratamiento.** Nuestra práctica puede usar su PHI para tratarlo. Por ejemplo, podemos pedirle que se realice pruebas de laboratorio (como análisis de sangre u orina) y usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podemos usar su PHI para escribirle una receta médica o divulgarla a una farmacia cuando ordenemos un medicamento para usted. Muchas de las personas que trabajan en nuestra práctica, incluyendo, pero no limitado a, nuestros médicos y enfermeros, pueden usar o divulgar su PHI para tratarlo o para asistir a otros en su tratamiento. Además, podemos divulgar su PHI a otras personas que puedan ayudar en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres. Finalmente, también podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica con fines relacionados con su tratamiento.
- 2. Pago.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por los servicios y artículos que pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos contactar a su aseguradora para certificar que es elegible para beneficios (y para qué rango de beneficios) y proporcionar a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si cubrirá o pagará por su atención. También podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de esos costos, como miembros de su familia. Además, podemos usar su PHI para facturarle directamente por servicios y artículos. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica y entidades para ayudar en sus esfuerzos de facturación y cobro.



### **3. Operaciones de atención médica.**

Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros o para realizar actividades de planificación y gestión de costos para nuestra práctica. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica y entidades para ayudar en sus operaciones de atención médica.

**4. Recordatorios de citas.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para comunicarse con usted y recordarle una cita.

**5. Opciones de tratamiento.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento.

**6. Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**7. Divulgaciones requeridas por la ley.** Nuestra práctica usará y divulgará su PHI cuando estemos obligados a hacerlo por leyes federales, estatales o locales.

### **D. Uso y divulgación de su PHI en ciertas circunstancias especiales:**

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los cuales podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

**1. Riesgos para la salud pública.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que estén autorizadas por la ley para recopilar información con los siguientes propósitos:

- Mantener registros vitales, como nacimientos y defunciones,
- Reportar abuso infantil o negligencia,
- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades,
- Notificar a una persona sobre una posible exposición a una enfermedad transmisible,
- Notificar a una persona sobre un posible riesgo de propagar o contraer una enfermedad o condición,
- Reportar reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos o dispositivos,
- Notificar a las personas si un producto o dispositivo que puedan estar utilizando ha sido retirado del mercado,



- Notificar a las agencias y autoridades gubernamentales apropiadas sobre el posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluyendo violencia doméstica); sin embargo, solo divulgaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley a divulgar esta información,
  - Notificar a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica.
- 2. Actividades de supervisión de la salud.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.
- 3. Demandas legales y procedimientos similares.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal válido de otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo por informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada por la parte.
- 4. Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI si un oficial de la ley lo solicita:
- Con respecto a una víctima de un delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona,
  - En relación con una muerte que creemos que ha sido resultado de una conducta criminal,
  - En relación con conductas criminales en nuestras oficinas,
  - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de comparecencia u otro proceso legal similar,
  - Para identificar o localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida,
  - En una emergencia, para reportar un delito (incluyendo la ubicación o las víctimas del delito, o la descripción, identidad o ubicación del perpetrador).



- 5. Pacientes fallecidos.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a un médico forense o a un investigador para identificar a un individuo fallecido o determinar la causa de muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias puedan realizar su trabajo.
- 6. Donación de órganos y tejidos.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a organizaciones que gestionan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos, si usted es donante de órganos.
- 7. Investigación médica.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación médica en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para usar su PHI con fines de investigación médica, **excepto** cuando una Junta de Revisión Interna o una Junta de Privacidad haya determinado que la exención de su autorización cumple con todas las siguientes condiciones:

  - a) El uso o divulgación no implica más que un riesgo mínimo para su privacidad, basado en lo siguiente:
    - i. un plan adecuado para proteger los identificadores contra el uso y la divulgación indebidos;
    - ii. un plan adecuado para destruir los identificadores en la primera oportunidad posible, consistente con la investigación (a menos que exista una justificación médica o de investigación para retener los identificadores, o dicha retención sea requerida por ley); y
    - iii. garantías escritas adecuadas de que la PHI no será reutilizada ni divulgada a ninguna otra persona o entidad (excepto según lo requiera la ley) para supervisión autorizada del estudio de investigación, o para otra investigación médica para la cual el uso o divulgación estaría permitido de otro modo;
  - b) La investigación médica no podría llevarse a cabo de manera práctica sin la exención,
  - c) La investigación médica no podría llevarse a cabo de manera práctica sin el acceso y el uso de la PHI.
- 8. Amenazas graves para la salud o seguridad.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otra persona o del



público. En estas circunstancias, solo haremos divulgaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

- 9. Fuerzas armadas.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI si usted es miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o de fuerzas militares extranjeras (incluidos veteranos) y si las autoridades correspondientes lo requieren.
- 10. Seguridad nacional.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al presidente, a otros funcionarios o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.
- 11. Reclusos.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a instituciones penitenciarias o a oficiales de la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos propósitos sería necesaria:
  - a) para que la institución le brinde servicios de atención médica,
  - b) para la seguridad de la institución, y/o
  - c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.
- 12. Compensación para trabajadores.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI para programas de compensación para trabajadores y programas similares.

#### **E. Notificación de Derechos de los Pacientes**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

- 1. Comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en su hogar en lugar de su lugar de trabajo. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe presentar una solicitud por escrito a Angie Sanchez, Gerente de Oficina/Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente, especificando el método de contacto solicitado o el lugar donde desea ser contactado. Nuestra práctica atenderá solicitudes **razonables**. No necesita proporcionar una razón para su solicitud.
- 2. Solicitud de restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene el derecho de solicitar que restrinjamos la



divulgación de su PHI a ciertas personas involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado, como familiares y amigos. **No estamos obligados a aceptar su solicitud;** sin embargo, si la aceptamos, estamos comprometidos a cumplir con nuestro acuerdo, excepto cuando sea requerido por la ley, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI, debe presentar su solicitud por escrito a Angie Sanchez, Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente.

Su solicitud debe describir de manera clara y concisa:

- La información que desea restringir,
- Si está solicitando limitar el uso, la divulgación o ambos,
- A quién desea que se apliquen los límites.

**3. Inspección y copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la PHI que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero no incluyendo notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito a Angie Sanchez, Gerente de Oficina/Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente para inspeccionar y/o obtener una copia de su PHI. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede denegar su solicitud para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestra denegación. Otro profesional de atención médica autorizado, elegido por nosotros, llevará a cabo las revisiones.

**4. Enmienda.** Usted puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por nuestra práctica o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a Angie Sanchez, Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente. Debe proporcionarnos una razón que respalde su solicitud de enmienda. Nuestra práctica denegará su solicitud si no presenta su solicitud (y la razón que la respalda) por escrito. También podemos denegar su solicitud si nos pide enmendar información que, en nuestra opinión:

- a. es precisa y completa;
- b. no forma parte de la PHI mantenida por o para la práctica;





- c. no forma parte de la PHI que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o
- d. no fue creada por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para enmendarla.

- 5. Contabilidad de divulgaciones.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una "contabilidad de divulgaciones". Una "contabilidad de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho de su PHI para propósitos no relacionados con tratamiento, pago u operaciones. El uso de su PHI como parte de la atención rutinaria al paciente en nuestra práctica no requiere ser documentado, por ejemplo, cuando el médico comparte información con el enfermero o cuando el departamento de facturación utiliza su información para presentar un reclamo a su seguro. Para obtener una contabilidad de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Angie Sanchez, Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente. Todas las solicitudes de una "contabilidad de divulgaciones" deben indicar un período de tiempo, el cual no puede ser mayor de seis (6) años a partir de la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra práctica le notificará sobre los costos asociados con solicitudes adicionales, y usted podrá retirar su solicitud antes de incurrir en dichos costos.
- 6. Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con Angie Sanchez, Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente.
- 7. Derecho a presentar una queja.** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra práctica, comuníquese con Angie Sanchez, Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No será penalizado por presentar una queja.**
- 8. Derecho a otorgar una autorización para otros usos y divulgaciones.** Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados en este aviso o permitidos por la ley aplicable. Cualquier



autorización que usted nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su PHI puede ser revocada en cualquier momento **por escrito**. Después de revocar su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su PHI por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta: estamos obligados a conservar los registros de su atención.

Nuevamente, si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre nuestras políticas de privacidad de la información de salud, comuníquese con Angie Sanchez, Oficial de Privacidad, en la dirección mencionada anteriormente.

Por favor, firme para indicar la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y Notificación de Derechos del Paciente:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

(Por favor, escriba en letra de molde)

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

Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

(Por favor, escriba en letra de molde)

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



### **¿Qué es HIPAA?**

La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico** de 1996 (**HIPAA**, por sus siglas en inglés) es una ley aprobada por el Congreso para proteger la privacidad de los pacientes en relación con los registros médicos y controlar el flujo de información de salud. Además, HIPAA fue diseñada para reducir los costos administrativos al establecer estándares para la presentación y el procesamiento de reclamaciones de seguros. Las regulaciones de HIPAA afectarán a personas en todos los niveles del sistema de salud, incluidos los pacientes y sus médicos.

### **¿Qué es TPO?**

**El tratamiento, el pago y las operaciones (TPO)**, por sus siglas en inglés) incluyen los procesos rutinarios involucrados en la recepción de atención médica. Existen varios ejemplos que abarcan TPO. Con frecuencia, es necesario compartir su información de salud entre proveedores de atención médica, como al proporcionar una referencia a un especialista. Esto forma parte del **tratamiento**. La información sobre su diagnóstico y otros datos de salud es requerida para el **pago** por parte de las compañías de seguros. Las evaluaciones de los registros médicos para garantizar la alta calidad de la atención proporcionada por nuestros médicos se consideran parte de las **operaciones**.

### **¿Por qué debería importarme el TPO?**

La legislación de HIPAA establece diferencias significativas en el manejo de la información de salud para TPO y otros propósitos que no son TPO. Las leyes creadas por HIPAA están diseñadas para agilizar la atención médica al no imponer restricciones en el intercambio de su información de salud para TPO, pero restringen severamente la divulgación de información que no sea necesaria para TPO (por ejemplo, compartir información con otras personas, incluso con miembros de su familia, o con fines de mercadeo).

### **¿Cómo me afectará HIPAA como paciente?**

HIPAA beneficiará a los pacientes de muchas maneras. Por ejemplo, Preventative Health Alliance proporcionará a todos los pacientes información sobre sus derechos de privacidad. Además, las nuevas regulaciones harán ilegal que los proveedores de atención médica vendan su información de salud a mercadólogos y anunciantes sin su autorización por escrito. Como paciente, usted tiene el derecho de revisar sus registros médicos si cree que algo es incorrecto y solicitar un cambio. Sin embargo, solo su médico puede determinar si su registro médico es inexacto.

### **¿Tendrá HIPAA algún efecto negativo?**

La intención de HIPAA es mejorar el nivel de privacidad para los pacientes. Sin embargo, la ley requiere el permiso por escrito del paciente antes de que su información de salud pueda ser



divulgada por razones que no sean TPO. Por ejemplo, los familiares no pueden llamar a la clínica y obtener ninguna **información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)** sin que usted firme una autorización primero. Por favor, comprenda que la clínica trabaja para proteger la privacidad de todos los pacientes y puede tener políticas más estrictas para la divulgación de dicha información.



**Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

He tenido la oportunidad de recibir y/o revisar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de **Preventative Health Alliance**, que detalla cómo se usará, divulgará y protegerá la información confidencial de salud del paciente (PHI, por sus siglas en inglés).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en letra de molde):

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación (en letra de molde), si lo firma una persona distinta al paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE**

**Intentamos obtener un reconocimiento por escrito de la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no fue posible debido a: (circule)**

- El individuo se negó a firmar**
- Barrera de comunicación**
- La atención proporcionada fue de emergencia/urgencia**
- Otro:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado (en letra de molde):

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



### **Reconocimiento de Recibo del Formulario de Consentimiento del Paciente**

Se me ha proporcionado el "Formulario de Consentimiento del Paciente" y he leído y entendido este formulario. Entiendo que puedo solicitar y recibir una copia escrita de este aviso. Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento para permitir que **Preventative Health Alliance** use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

---

### **Reconocimiento de Recibo de la Política Financiera**

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto cumplir con sus lineamientos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

---

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha brindado la oportunidad de discutir la Planificación de Atención Médica Avanzada con mi médico. Entiendo que puedo, si lo solicito, recibir información sobre este tema en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde



## Nuestra Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor principal de atención médica. Estamos dedicados a brindarle atención médica de calidad y asequible. Queremos que comprenda completamente nuestra política financiera. Por favor, léala y pregúntenos cualquier duda que pueda tener. Se le proporcionará una copia si la solicita.

- 1. Seguro médico.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan con el que trabajemos, se espera el pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que trabajemos, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Por favor, comuníquese con su compañía de seguros para cualquier pregunta que pueda tener sobre su cobertura.
- 2. Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. Si no recolectamos los copagos y deducibles de los pacientes, esto podría considerarse fraude. Por favor, ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago en cada visita.
- 3. Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos – y quizás todos – los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otros aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
- 4. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y su seguro actual válido como prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta de su seguro de manera oportuna, usted podría ser responsable del saldo de un reclamo.
- 5. Presentación de reclamos.** Nosotros presentaremos sus reclamos y lo asistiremos en todo lo que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamos sean pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con dicha solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no formamos parte de ese contrato.



- 6. Cambios en la cobertura.** Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los cambios correspondientes y ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo será automáticamente facturado a usted.
  
- 7. Falta de pago.** Si su cuenta tiene más de 90 días de retraso, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocien de otra manera. Tenga en cuenta que si un saldo permanece no pagado, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros, y usted será responsable de los cargos incurridos y puede ser dado de baja de esta práctica. Si esto llegara a ocurrir, se le notificará por correo regular y/o certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarle en caso de emergencia. La misma política se aplica a los pacientes que se declaran en **quiebra**. Los saldos pendientes que se adeuden a la consulta se anularán tras presentar la prueba de ello, pero la relación médico-paciente se disolverá y el paciente será dado de baja de la consulta a menos que decida voluntariamente llegar a acuerdos de pago para saldar la deuda.
  
- 8. Citas perdidas.** Nuestra política es cobrar por ausencias y por citas perdidas que no sean canceladas con una cantidad razonable de tiempo de anticipación. Cualquier cancelación o reprogramación con menos de 24 horas de antelación a su cita se considerará una **ausencia**. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Cada vez que pierda una cita sin notificarnos adecuadamente, otro paciente se ve privado de recibir atención.

Múltiples "ausencias" en cualquier período de doce (12) meses pueden resultar en la terminación de su atención en nuestra práctica. Por favor, ayúdenos a servirle mejor asistiendo puntualmente a sus citas programadas regularmente.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y razonables para nuestra área.

Gracias por comprender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.





**Preventative**  
HEALTH ALLIANCE

## MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente – Por favor, escriba en letra de molde \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, escriba en letra de molde Fecha En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). También se les otorga el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de la PHI se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su domicilio. **Preventative Health Alliance** hará un esfuerzo razonable para comunicarse con el paciente de acuerdo con la solicitud indicada por el paciente a continuación.

Deseo ser contactado por **Preventative Health Alliance** de la siguiente manera (marque todas las opciones que correspondan):

Número de Teléfono de Casa con Código de Área: \_\_\_\_\_

- Deje un mensaje con información detallada.
- Deje un mensaje solo con el número para devolver la llamada.
- Deje un mensaje con la persona indicada a continuación:  
\_\_\_\_\_

### Comunicación Escrita

- Permiso para enviar correspondencia a mi dirección de casa.
- Permiso para enviar correspondencia a mi dirección de trabajo/oficina.
- Permiso para enviar por fax a este número: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo con Código de Área: \_\_\_\_\_

- Permiso para dejar un mensaje con información detallada
- Deje un mensaje solo con el número para devolver la llamada

Otra opción: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde y relación, si lo firma alguien que no sea el paciente: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

(Por favor, escriba en letra de molde) **Apellido**

**Nombre**

**Segundo Nombre**

**Dirección de Casa:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Incluya el código de área)

### ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN QUE USTED AUTORIZA QUE SEA DIVULGADA O COMPARTIDA:

La información que usted autoriza divulgar o compartir bajo esta autorización incluye:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta        | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso/Médicas | <input type="checkbox"/> Informe de Rayos X    |
| <input type="checkbox"/> Informe de Patología   | <input type="checkbox"/> Historial y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Notas de Enfermería   |
| <input type="checkbox"/> Informe de EKG/EMG/EEG | <input type="checkbox"/> Informe de Consulta       | <input type="checkbox"/> Informe de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe Operativo         | <input type="checkbox"/> Expediente Completo   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____             |  |  |

### MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:

Al marcar cualquiera de las casillas junto a una categoría de información altamente confidencial enumerada a continuación, autorizo específicamente el uso y/o divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto a la casilla, si dicha información será utilizada o divulgada conforme a esta autorización:

- Información sobre servicios de salud mental o retraso mental
- Notas de psicoterapia creadas por un profesional de salud mental
- Información sobre pruebas relacionadas con el VIH/SIDA (incluido el hecho de que se ordenó, realizó o informó una prueba de VIH, independientemente de si los resultados de dichas pruebas fueron positivos o negativos)
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual.
- Información sobre servicios de tratamiento por abuso de alcohol o drogas
- Información sobre agresión sexual
- Información sobre abuso y negligencia infantil



**DIVULGAR Información A:** \_\_\_\_\_

**SOLICITAR Información De:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** Esta autorización permanecerá en vigor:

Desde la fecha de esta autorización hasta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Hasta que **Preventative Health Alliance** cumpla con esta solicitud.

Otra: \_\_\_\_\_

PROPÓSITO: Autorizo a **Preventative Health Alliance** a usar o divulgar mi información de salud (incluyendo la información altamente confidencial que seleccioné anteriormente, si corresponde) durante el período de vigencia de esta autorización para los siguientes propósitos específicos:

[Nota: "A solicitud del Paciente" es suficiente si el Paciente está iniciando esta autorización].

---



**LIBERACIÓN DE REGISTROS / AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Entiendo que, una vez que Preventative Health Alliance divulgue mi información de salud al destinatario, Preventative Health Alliance no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero. Este tercero puede no estar obligado a cumplir con esta Autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que regulan el uso y divulgación de mi información de salud.

Entiendo que Preventative Health Alliance puede, directa o indirectamente, recibir una remuneración de un tercero en relación con el uso o divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización o puedo revocarla (en cualquier momento) por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Preventative Health Alliance; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Preventative Health Alliance tiene como único propósito crear información de salud para divulgarla al destinatario identificado en esta Autorización, en cuyo caso Preventative Health Alliance puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que expire el término de esta Autorización o hasta que proporcione un aviso por escrito de revocación a la Oficina de Privacidad de Preventative Health Alliance en la dirección indicada a continuación. La revocación será efectiva inmediatamente después de que Preventative Health Alliance reciba mi aviso por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción realizada por Preventative Health Alliance en base a esta Autorización antes de recibir mi aviso por escrito de revocación.

Entiendo que puede haber un cargo por la producción de copias de registros de acuerdo con las regulaciones estatales.

**Puedo contactar a la Oficina de Privacidad de Preventative Health Alliance por correo en:  
Angie Sanchez Oficial de Privacidad  
4150 N. 108<sup>th</sup> Avenue, Suite 142  
Phoenix, AZ 85037  
(623) 322-1145**

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Con mi firma, por la presente, autorizo de manera consciente y voluntaria a Preventative Health Alliance a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota: Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante  
Personal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente:

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



# Preventative

HEALTH ALLIANCE

## Registro de Paciente Nuevo Información Médica

Nombre del Paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Quiénes son sus proveedores médicos actuales?	
Nombre del Proveedor	Especialidad o condición por la que lo tratan

Cuidado Preventivo					
	Fecha		Fecha		Fecha
Examen físico anual		Examen de próstata		Prueba de colesterol	
Colonoscopia		Mamografía		Prueba de diabetes	
Densidad ósea		Examen de papanicolaou		Examen de la vista	
Examen dental					

Inmunizaciones					
	Fecha		Fecha		Fecha
Tétanos (Td o Tdap)		VPH (Gardasil)		Influenza (gripe)	
Hepatitis A		Hepatitis B		Meningitis	
Neumonía		Herpes Zóster		Otras (escriba a continuación)	

¿Alergias o intolerancias a medicamentos?	
Nombre	Reacción



# Preventative HEALTH ALLIANCE

Paciente Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor, liste todos los medicamentos, suplementos, medicamentos de venta libre, cremas y inhaladores.**

Nombre	Dosis/Fuerza	Frecuencia de uso

**Por favor circule todos los problemas o condiciones médicas actuales o pasadas.**

Insuficiencia Cardíaca	Presión Arterial Alta	TDA/TDAH
Enfermedad Pulmonar Crónica	Úlceras Estomacales/Intestinales	Alergias Estacionales
Enfermedad de las Arterias Coronarias	Infección de Transmisión Sexual	Anemia
Depresión	Migrañas	Ansiedad
Diabetes Tipo 1	Ataque al Corazón	Artritis
Diabetes Tipo 2	Hipertiroidismo	Asma
Enfisema	Convulsiones	Trastorno Bipolar
Reflujo Gástrico	Accidente Cerebrovascular	Coágulos de Sangre
Glaucoma	Abuso de Sustancias	Transfusión de Sangre
Soplo Cardíaco	Fiebre del Valle	Cáncer
VIH/SIDA	Enfermedad Renal	Cataratas
Colesterol Alto		





# Preventative

## HEALTH ALLIANCE

Paciente Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Historia Social											
Consumo de Alcohol – Por favor, circule su respuesta											
Copas de vino por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Latas de cerveza por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Cantidad de tragos de licor por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Bebidas mezcladas con 0.5 onzas de alcohol por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Actividad Sexual – Por favor, marque su respuesta.											
¿Sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No actualmente											
¿Parejas sexuales? <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos											
¿Método anticonceptivo utilizado? <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Insertos <input type="checkbox"/> La píldora <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> No aplica											
Consumo de Drogas – Por favor, marque su respuesta.											
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> "Crack" Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Metanfetaminas <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Inhalar Gases											
Consumo de Tabaco – Por favor, marque su respuesta.											
<input type="checkbox"/> Fumo todos los días <input type="checkbox"/> Fumo algunos días <input type="checkbox"/> Ex-fumador <input type="checkbox"/> Fumador empedernido <input type="checkbox"/> Fumador ocasional <input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Expuesto al humo de segunda mano											
Si alguna vez fumó, ¿cuántos paquetes/día en promedio? <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1½ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más											
¿Cuántos años fumó?											
¿Alguna vez masticó tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Si actualmente usa algún producto de tabaco, ¿está listo para dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											

Hospitalizaciones		
Razón	Año	Comentarios





# Preventative

HEALTH ALLIANCE

Paciente Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lesiones Graves		
Tipo	Año	Comentarios

Directrices Anticipadas (Testamento en vida y poder médico)	
¿Tiene una directriz anticipada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le gustaría información o una copia de los formularios de directrices anticipadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**Preventative**  
HEALTH ALLIANCE

## Registro de Paciente Nuevo Datos Personales y Seguro

Paciente:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M | F

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Información Adicional de la Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Móvil | Casa | Trabajo

Número de Teléfono Secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Móvil | Casa | Trabajo

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_ ¿Requiere intérprete? Yes / No

Estado Civil: Divorciado | Separado Legalmente | Casado | Otro | Pareja de Hecho | Soltero | Viudo

Preferencia Religiosa: \_\_\_\_\_  Prefiero no responder

### El gobierno de los Estados Unidos requiere que hagamos las siguientes dos preguntas:

1. ¿Cómo se identifica en cuanto a su origen étnico?

Hispano o Latino

Negro o Afroamericano

Nativo Hawaiano

Otro Isleño del Pacífico

Blanco o Caucásico

Asiático

Prefiero no responder

2. ¿Cómo se identifica en cuanto a su raza?

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Negro o Afroamericano

Nativo Hawaiano

Otro Isleño del Pacífico

Blanco o Caucásico

Asiático

Prefiero no responder



# Preventative

HEALTH ALLIANCE

Patient Name: First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Quién es su médico de atención primaria?: \_\_\_\_\_

Nombre de la práctica de atención primaria: \_\_\_\_\_

Estado Laboral:

Tiempo Completo | Tiempo Parcial | Jubilado | Discapacitado | Estudiante | Desempleado

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

¿Cuántos empleados trabajan en su empresa?  1 – 19  20 – 99  100+  No sé

¿A quién le gustaría designar como **contacto de emergencia**?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién es el **responsable** de la cuenta? ¿Quién es financieramente responsable de cualquier monto no cubierto por la compañía de seguros? Por favor, escriba "yo mismo" si usted es responsable financieramente.

Responsable de la cuenta:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Miembro/Suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_



# Preventative

HEALTH ALLIANCE

Patient Name: First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación del suscriptor del seguro con el paciente:

Yo mismo | Padre | Cónyuge | Otro: \_\_\_\_\_

Suscriptor del Seguro:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro adicional?** Sí | No

Por favor, presente todas las tarjetas de seguro.



## TESTAMENTO EN VIDA (Atención al Final de la Vida) Instrucciones

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use esta forma para tomar decisiones ahora con respecto a su atención médica en caso de que usted llegue a encontrarse en una condición mortal, un estado vegetativo persistente, o una coma irreversible. Usted debe hablar con su doctor sobre lo que significan estos términos.

Un Testamento en Vida son las instrucciones por escrito a la persona estipulada en su Carta Poder para el Cuidado de la Salud también conocida como su "agente", a su familia, a su médico, y a cualquier otra persona que pueda tomar decisiones sobre su atención médica por usted si usted no puede comunicarse por sí mismo/a.

Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

**IMPORTANTE: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, usted debe adjuntar el Testamento en Vida a la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.**

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

**POR FAVOR TOME NOTA:** Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

**NO** haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

**El testigo o notario público NO DEBE ser cualquier persona que:**

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA  
KRIS MAYES**

**Testamento en Vida**

**Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_

Algunas declaraciones generales con respecto a sus elecciones sobre el cuidado de su salud están listadas a continuación. Si usted está de acuerdo con una de las declaraciones, debe poner sus iniciales junto a dicha declaración. Lea todas las declaraciones cuidadosamente ANTES de poner sus iniciales junto a la declaración de su preferencia. Usted también puede escribir su propia declaración en cuanto al tratamiento para sostener la vida y otros asuntos relacionados con el cuidado de su salud. Usted puede poner sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, PERO si usted pone sus iniciales en el párrafo 5 no debe poner sus iniciales en los otros.

\_\_\_\_\_ 1. Si yo tengo una condición mortal, yo no quiero que se prolongue mi vida, y no quiero tratamiento para sostener la vida, más allá de la atención confortante, que serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

*\*\*Atención confortante es el tratamiento provisto para tratar de proteger y mejorar la calidad de vida sin artificialmente prolongar la vida.*

\_\_\_\_\_ 2. Si yo tengo una condición mortal o estoy en una coma irreversible o en un estado vegetativo persistente que mis doctores razonablemente crean que es irreversible o incurable, yo quiero el tratamiento médico necesario para proveer el cuidado que me mantendría confortable, pero YO NO QUIERO lo siguiente:

\_\_\_\_\_ a. Resucitación cardiopulmonar (CPR). Por ejemplo, el uso de drogas, choques eléctricos, y respiración artificial.

\_\_\_\_\_ b. Alimento y fluidos administrados artificialmente.

\_\_\_\_\_ c. Ser llevado/a al hospital si es evitable.

\_\_\_\_\_ 3. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, si se sabe que estoy embarazada, no deseo que se retenga o que se retire el tratamiento para sostener la vida si es posible que el embrión/feto se desarrolle al punto de un nacimiento con vida con la aplicación continua del tratamiento para sostener la vida.

\_\_\_\_\_ 4. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, yo quiero usar toda la atención médica necesaria para tratar mi condición hasta que los doctores concluyan razonablemente que mi condición es mortal o es irreversible e incurable, o que yo me encuentre en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ 5. Yo quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible (Si usted pone sus iniciales junto a esta declaración, no debe poner sus iniciales en cualquiera de las otras).

**POR FAVOR TOME NOTA:** Usted puede adjuntar instrucciones adicionales a sus deseos de atención médica si no han sido incluidas en esta forma de Testamento en Vida. Ponga sus iniciales o una marca junto a la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir el adjunto si usted marca la opción B.

\_\_\_\_\_ A. YO NO HE adjuntado instrucciones especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

\_\_\_\_\_ B. YO SÍ HE adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

### **LA VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN EL TESTAMENTO EN VIDA**

Mi Firma (Principal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.**

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que este Testamento en Vida expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarlo en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **FIRMA DEL/LA TESTIGO**

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma.

Firma del/la Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**O**

### **FIRMA DEL/LA NOTARIO/A**

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

**CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de este Testamento en Vida**

**Fechado el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.**

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la Paciente

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del/la Notario/a Público/a: \_\_\_\_\_

Mi Comisión Expira en: \_\_\_\_\_