

# Su proveedor es un médico de HealthTexas



La red de proveedores **HealthTexas Provider Network** es la segunda subsidiaria más grande del Baylor Health Care System. La extensión de nuestra red abarca a casi 800 proveedores que prestan servicios a pacientes en alrededor de 200 instalaciones de cuidados médicos por toda el área del norte de Texas y Fort Worth. Estos proveedores se han comprometido a ofrecerle calidad y servicio excepcional cuando se trata de atender a sus necesidades médicas.

Colocar sus necesidades de atención médica en las manos de un médico de HealthTexas quiere decir que se coordinarán sus cuidados médicos por toda la red de Baylor Health Care System.

Siempre que se atienda con un médico de atención primaria o especializada de HealthTexas, mantendremos su paquete de inscripción lleno y su expediente médico debidamente guardados en nuestro sistema de expedientes médicos electrónicos, permitiéndole así a cualquier médico de HealthTexas tener acceso a la información necesaria para brindarle a usted y su familia la mejor atención médica posible.

## **Beneficios de pertenecer a la red de proveedores HealthTexas Provider Network:**

- **Formularios que se llena una sola vez**

Los formularios de inscripción que está llenando hoy solo deberá **llenarlos una sola vez**.

- **Sistema de expedientes médicos electrónicos**

Este sistema guarda sus expedientes médicos (así como la información sobre medicamentos, alergias u otros problemas médicos que pueda tener) y permite que los médicos puedan acceder fácilmente a referencias, consultas y materiales educativos para los pacientes.

- **Atención médica mejor coordinada**

Nuestras instalaciones de atención primaria han sido reconocidas por el comité nacional de promoción de calidad National Committee for Quality Assurance (NCQA) como hogares médicos centrados en el paciente (o en inglés, Physician Connections-Patient-Centered Medical Homes [PPC-PCMH]). De esta manera nuestros médicos pueden coordinar fácilmente sus cuidados médicos a través de toda nuestra red de especialistas, laboratorios y hospitales, según sus necesidades especiales.

Le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y por haber elegido a un médico de HealthTexas para satisfacer y dar seguimiento a sus necesidades de atención médica. Consulte nuestro listado de consultorios en [www.healthtexasdoctors.com](http://www.healthtexasdoctors.com).





# Gracias por elegir nuestro consultorio.

**Esperamos con anhelo brindarle una atención médica profesional en un ambiente amigable y acogedor. Para colaborar mejor con usted al prestarle cuidados médicos, hemos delineado las siguientes expectativas dirigidas a promover una relación ideal entre proveedor y paciente.**

## **Prometemos:**

- Tratar a los pacientes con respeto y dignidad.
- Conocer a las personas y el problema médico que presentan.
- Colaborar con nuestros pacientes a la hora de tomar decisiones médicas.
- Mantenernos involucrados, escuchar y explicar claramente las situaciones a nuestros pacientes para que el tiempo que pasen con nosotros supere sus expectativas.
- Hacer que cada paciente se sienta como si fuera nuestro único paciente.
- Hacer que los pacientes se sientan que estamos de su lado porque no es posible brindar una atención médica eficaz con puntos de vista opuestos.
- Atender las llamadas telefónicas con prontitud.
- Ser puntuales y respetar el tiempo de nuestros pacientes tanto como el nuestro.
- Agradecer a los pacientes por esperar cuando nos atrasamos.
- Respetar la privacidad de los pacientes.
- Ganarnos la lealtad del paciente con nuestra conducta.

## **Lo que necesitamos de usted:**

- Tratar a los demás con cortesía, respeto y dignidad.
- Ser paciente y comprensivo.
- Informar a nuestro consultorio todo cambio pertinente en su información de contacto y estado médico, y en sus medicamentos, otros proveedores de atención médica, su seguro médico y empleo.
- Llegar a tiempo a las citas programadas.
- Llamar al consultorio en cuanto se entere de que no podrá acudir a una cita o que llegará tarde.
- Pagar por los servicios prestados.
- Seguir el plan de tratamiento acordado e informarle a su equipo de atención médica cualquier cambio que surja.
- Hacer preguntas si no entiende las instrucciones y los procedimientos.



### **Misión**

Brindar la mejor experiencia y el valor máximo posible al paciente por medio de servicios de calidad, seguros, accesibles y rentables, reforzados con educación e investigación médica en colaboración con Baylor Scott & White Health.

### **Visión**

Mejorar la salud y el bienestar de aquellos a quienes servimos.

### **Valores**

Integridad  
Servicio

Trabajo en equipo  
Excelencia

Innovación  
Administración

# Demográficos y seguro médico del paciente



Información del paciente

|   |  |   |  |  |  |                  |               |
|---|--|---|--|--|--|------------------|---------------|
| Acct #  |  |   |  |  |  |                  |               |
| Nombre del paciente: Apellido   |  | Primer nombre   |  | Segundo nombre   |  | Alias            |               |
| Dirección: (Calle o apartado)   |  |   |  | Ciudad   |  | Estado           | Código postal |
| Teléf. domicilio <input type="checkbox"/> Principal   |  | Teléf. trabajo <input type="checkbox"/> Principal   |  | Teléf. celular <input type="checkbox"/> Principal  |  |                  |               |
|   |  |   |  | <input type="checkbox"/> Sí, puede comunicar información por mensajes de texto SMS para recordatorios de citas.  |  |                  |               |
| Correo electrónico (nos permite mandarle mensajes importantes.)   |  |   |  | Estado civil (marque uno)<br><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a |  |                  |               |
| Núm. seguro social  |  | Sexo (marque uno)<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |  | Fecha de nacimiento  |  |                  |               |
| Empleador   |  | Dirección del empleador   |  |  |  |                  |               |
| Médico de atención primaria   |  | Núm. de teléfono  |  | Médico que refiere   |  | Núm. de teléfono |               |
| ¿Cómo se enteró del médico que lo atenderá hoy? <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Evento comunitario/feria de la salud <input type="checkbox"/> Televisión<br><input type="checkbox"/> Promoción digital/internet <input type="checkbox"/> Amigo o familiar <input type="checkbox"/> Material impresa/postal <input type="checkbox"/> Programa <i>New Neighbors</i><br><input type="checkbox"/> Noticiero/Programa <input type="checkbox"/> Periódico/anuncio de revista <input type="checkbox"/> Remisión de un médico <input type="checkbox"/> Comercial de radio |  |   |  |  |  |                  |               |

Parte responsable

## Llene esta sección solamente si el paciente es menor de edad

|   |  |   |  |  |  |        |               |
|---|--|---|--|--|--|--------|---------------|
| Nombre del paciente: Apellido                                   |  | Primer nombre   |  | Segundo nombre   |  | Alias  |               |
| Dirección: (Calle o apartado)                                   |  |   |  | Ciudad   |  | Estado | Código postal |
| Teléf. domicilio  |  | Teléf. trabajo  |  | Teléf. celular   |  |        |               |
| Correo electrónico (nos permite mandarle mensajes importantes.) |  |   |  | Estado civil (marque uno)<br><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a |  |        |               |
| Núm. seguro social  |  | Sexo (marque uno)<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |  | Fecha de nacimiento  |  |        |               |

Información de seguro y del afiliado

|                                      |  |                              |               |                                      |  |                              |               |
|--------------------------------------|--|------------------------------|---------------|--------------------------------------|--|------------------------------|---------------|
| Seguro médico <b>primario</b>        |  | Fecha de entrada en vigencia |               | Seguro médico <b>secundario</b>      |  | Fecha de entrada en vigencia |               |
| Dirección postal para reclamaciones  |  |                              |               | Dirección postal para reclamaciones  |  |                              |               |
| Ciudad                               |  | Estado                       | Código postal | Ciudad                               |  | Estado                       | Código postal |
| Núm. ident. de póliza                |  | Núm. ident. de grupo         |               | Núm. ident. de póliza                |  | Núm. ident. de grupo         |               |
| Afiliado (titular de la póliza)      |  | Fecha de nacimiento          |               | Afiliado (titular de la póliza)      |  | Fecha de nacimiento          |               |
| Núm. seguro social del afiliado      |  | Relación con el paciente     |               | Núm. seguro social del afiliado      |  | Relación con el paciente     |               |
| Empleador del afiliado               |  | Teléf. trabajo               |               | Empleador del afiliado               |  | Teléf. trabajo               |               |
| Dirección del empleador del afiliado |  |                              |               | Dirección del empleador del afiliado |  |                              |               |
| Ciudad                               |  | Estado                       | Código postal | Ciudad                               |  | Estado                       | Código postal |

# Consentimiento para tratamientos y responsabilidad económica



Acct #

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente autorizo a los empleados y representantes de HealthTexas Provider Network, incluidos los médicos, ayudantes de médicos y enfermeros especializados así como a otros empleados y miembros del personal, a realizar evaluaciones médicas y brindar cuidados al paciente indicado a continuación. Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocado por escrito. Comprendo que, si no firmo este consentimiento, al paciente no se le brindará atención médica, salvo en caso de emergencia.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

SIGNED ELECTRONICALLY AT THE PRACTICE.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

## Llene esta sección SOLAMENTE si el paciente es menor de edad

Doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente antes identificado cuando yo no esté disponible. Comprendo que esto autoriza a la(s) persona(s) antes mencionada(s) a otorgar su consentimiento para los procedimientos médicos y quirúrgicos y las vacunas del paciente. Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocado por escrito.

SIGNED ELECTRONICALLY AT THE PRACTICE.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Responsabilidad financiera

Por el presente, autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a HealthTexas Provider Network (en lo sucesivo "HT") y/o al médico a cargo por los servicios prestados. Autorizo mediante el presente documento la divulgación de información del expediente médico del paciente a la aseguradora de dicho paciente (o a sus empleados o representantes) según sea necesario para tramitar y llenar los documentos de reclamación de seguro médico del paciente. Entiendo que esta autorización podría incluir la divulgación de información referente a enfermedades contagiosas, como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA") y el Virus de la inmunodeficiencia humana ("VIH"). Comprendo que seré responsable económicamente de la totalidad de los cargos relacionados con los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguro del paciente. Acepto que todas las cantidades deberán pagarse cuando se soliciten y que serán pagaderas a HT. Además, comprendo que si tuviera una cuenta morosa, deberé pagar los honorarios de abogados y los gastos de cobro razonables a HT, si los hubiera.

Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocada por escrito. Comprendo que, si no firmo esta autorización para la divulgación de información, seré responsable de la totalidad del pago de los servicios antes de que estos sean prestados.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

SIGNED ELECTRONICALLY AT THE PRACTICE.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

**HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK**  
**AVISO DE PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN MÉDICA**

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON CUIDADO.**

**Cómo entender su expediente/información médica**

Este aviso describe las prácticas de HealthTexas Provider Network (“HTPN”)<sup>1</sup> con respecto a su información médica protegida recopilada durante su estancia como paciente en HTPN. Quedan sujetos a este aviso HTPN, los médicos y el personal que esté autorizado para tener acceso a su expediente clínico. Además, HTPN y sus médicos pueden compartir información médica entre ellos por las razones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica que se describen en este aviso.

Abrimos un expediente de la atención y los servicios que usted recibe en HTPN. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Este aviso aplica a todos los registros de su atención en la HTPN.

Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de su información médica.

**Su derecho a la información médica**

Aunque su expediente médico es propiedad material de HTPN, la información pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y de las divulgaciones permitidas a las personas, incluidos los familiares que participen en su atención, y según lo señale la ley. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar una restricción solicitada, a menos que se relacione con una restricción sobre las divulgaciones que se hagan a su seguro médico respecto de elementos o

<sup>1</sup> Los médicos son empleados de HealthTexas Provider Network y no son empleados ni representantes de Baylor Health Care System ni de las subsidiarias, comunidades o centros médicos afiliados a Baylor Health Care System.

servicios médicos que usted haya pagado de su bolsillo y en su totalidad.

- Obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de información;
- Inspeccionar y solicitar una copia de su expediente médico según lo señale la ley;
- Solicitar que modifiquemos su expediente médico según lo señala la ley. Le informaremos si no podemos cumplir con su solicitud de modificar su expediente médico;
- Obtener una relación de las divulgaciones de su información médica tal como lo señala la ley;
- Solicitar la comunicación de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Puede ejercer sus derechos descritos en este aviso si envía una solicitud por escrito, excepto en el caso de las solicitudes para obtener una copia impresa del aviso, al Funcionario de Cumplimiento a esta dirección: Compliance Officer, HealthTexas Provider Network, 8080 North Central Expressway, Suite 1700, LB 83, Dallas, TX 75206.

**Nuestras responsabilidades**

Además de las responsabilidades descritas con anterioridad, también estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información médica;
- Sujeto a ciertas excepciones conforme la ley, a dar aviso de cualquier adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizada de su información médica protegida en la medida que por lo demás no estaba asegurada;
- A entregarle un aviso respecto a nuestras obligaciones y prácticas de

privacidad con respecto a la información que mantenemos sobre usted;

- Obedecer los términos de este aviso;
- Informarle si no podemos aceptar una restricción solicitada en ciertos usos y divulgaciones; y
- Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean vigentes para toda la información médica protegida de mantenemos, lo que incluye la información recopilada o recibida antes del cambio. Si nuestras prácticas informativas cambian no estamos obligados a informarle, pero pondremos a su disposición el aviso revisado si lo solicita a HTPN. El aviso revisado también se colocará en las oficinas de HTPN y en la página web del Baylor Health Care System en [www.BaylorHealth.com](http://www.BaylorHealth.com).

**Usos y divulgaciones de la información médica que no necesitan su autorización.**

Las siguientes categorías describen distintas formas en las que podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización. Para cada categoría de usos y divulgaciones explicaremos lo que queremos decir, pero no se detallarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información sin su autorización deben entrar en alguna de las categorías.

*Usaremos su información médica para el tratamiento.*

**Por ejemplo:** Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o demás personal que

participe en darle atención en HTPN. Podemos compartir su información médica para poder coordinar diferentes tratamientos, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos entregar a su médico o proveedor de servicios de salud posterior con copias de varios reportes para ayudarle en su tratamiento una vez que se le dé de alta en HTPN.

*Usaremos su información médica para el pago.*

**Por ejemplo:** Se puede enviar la factura a usted o a un tercero pagador. La información en la factura o que la acompañe puede incluir información que le identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

*Usaremos su información médica para operaciones regulares de servicios médicos.*

**Por ejemplo:** Podemos usar la información en su historial médico para evaluar la atención y resultados en su caso y otros similares. Esta información se usará entonces en un esfuerzo para mejorar de forma continua la calidad y efectividad de los cuidados y servicios de salud que proporcionamos.

*Usaremos y divulgaremos su información médica de cualquier otra manera que permita la ley. Los siguientes son ejemplos de algunos usos y divulgaciones.*

**Asociados comerciales:** Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización mediante acuerdos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios de contestación y servicios de copiado. Para proteger su información médica, sin embargo, obligamos a los socios comerciales a salvaguardar de forma adecuada su información.

**Notificación:** A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar información para informar o ayudar a informar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención acerca de su localización y estado en general.

**Personas que participan en su atención:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un familiar, otro pariente, a un amigo personal cercano o a otra persona que usted identifique la información médica que es directamente relevante a la participación de dicha persona en el cuidado de su salud o pago de sus servicios médicos. Si usted no puede aceptar u oponerse a dicha

divulgación, podemos divulgar la información conforme sea necesario si determinamos que es en su mejor interés según nuestro criterio profesional.

**Auxilio en caso de desastre:** Podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones públicas o privadas de auxilio en caso de desastre para coordinar su atención o informar a su familia o amigos de su ubicación o estado en caso de desastre. Le brindaremos una oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones cuando sea práctico.

**Investigación:** Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para proteger la privacidad de su información médica.

**Directores funerarios, forenses y examinadores médicos:** Podemos divulgar información médica a directores funerarios, forenses y examinadores médicos conforme a la ley aplicable para que lleven a cabo sus deberes.

**Organizaciones de obtención de órganos:** Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o a otras entidades que participen en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos. Esto, para fines de donación y trasplante de tejidos.

**Comunicaciones respecto a las alternativas de tratamiento y recordatorios de citas:** Podemos ponernos en contacto con usted para enviarle recordatorios sobre sus citas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de interés para usted.

**Recaudación de fondos:** Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos. Usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos enviando una solicitud por escrito a BHCS Foundation, 3600

Gaston Avenue, Barnett Tower, Suite 100, Dallas, TX 75246.

**Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA en inglés):** Podemos divulgar a la FDA información médica relacionada con eventos adversos respecto a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos de productos o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros de productos del mercado, reparaciones o sustituciones.

**Indemnización a trabajadores (Workers' Compensation):** Podemos divulgar información médica en la medida que se autorice y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización a trabajadores y otros programas similares establecidos por la ley.

**Salud pública:** Conforme lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica a autoridades de salud pública o legales encargadas de la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Abuso, abandono o violencia doméstica:** Conforme lo indica la ley, podemos divulgar información médica a una autoridad de gobierno autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, abandono o violencia doméstica.

**Fines judiciales, administrativas o de cumplimiento de la ley:** Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar su información médica con fines judiciales, administrativos y de cumplimiento de la ley.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias.

**Amenazas a la salud o seguridad:** Podemos usar o divulgar información médica como lo permita la ley si consideramos en buena fe

que es necesario para evitar o atenuar una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o el público o a las autoridades policíacas para identificar o aprehender a una persona involucrada en un delito.

*Funciones especiales de gobierno:* Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados con fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley o a los servicios de protección del Presidente de los Estados Unidos o de otros funcionarios de gobierno. Si usted es integrante de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica a las autoridades militares en ciertas circunstancias. Si usted está preso en una cárcel, prisión u otra institución correccional o en la custodia de personal policíaco, podemos divulgar la información médica necesaria para su salud y la salud y seguridad de los demás.

*Según lo requiera o lo permita la ley:* Divulgaremos su información médica cuando así lo requiera o permita la ley federal, estatal o local.

*Intercambio Electrónico de Información médica:* HTPN emplea a un tercero para mantener un Intercambio de Información médica (HIE, en inglés). HTPN almacena información médica electrónica sobre usted en el HIE. Su información médica electrónica de otros proveedores de servicios médico o entidades que no sean parte de HTPN o el Instituto que le haya tratado o le estén tratando también se almacena en el HIE y en HTPN, el Instituto y estos otros proveedores pueden usar el HIE para ver su información médica electrónica con los fines descritos en este Aviso, para coordinar su atención y conforme lo permita la ley. HTPN monitorea quién puede ver su información pero las personas y entidades que usan el HIE pueden divulgar su información a otros proveedores.

Usted puede optar por no participar en el HIE enviando una solicitud por escrito al Funcionario de Cumplimiento a esta dirección: HealthTexas Provider Network, 8080 North Central Expressway, Suite 1700, LB 83, Dallas, TX 75206. Si usted opta por no participar, la HTPN seguirá almacenando su información en el HIE, pero ésta no será visible mediante el sistema. Usted puede optar por reingresar en el HIE en cualquier

momento. Usted no tiene que participar en el HIE para recibir atención.

### **Cuándo necesitemos su autorización por escrito**

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito, excepto de la manera en que se describe en este aviso. Entre los usos o divulgaciones para los que se requiere de su autorización por escrito están los siguientes:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los usos y divulgaciones con fines de marketing, a menos que hablemos con usted de persona a persona o proporcionemos un regalo proporcional nominal.
- Las divulgaciones que constituyan una venta de su información médica según la ley aplicable.

Usted puede revocar una autorización para usar o divulgar su información médica excepto en la medida que dicha acción se haya tomado con base en su autorización. Para revocar su autorización, envíe un aviso por escrito al consultorio de su médico de HTPN.

### **Para obtener más información o reportar un problema**

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse a la HealthTexas Provider Network Office of HIPAA Compliance al teléfono 877-820-6500.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante Baylor Health Care System Office of HIPAA Compliance, en el teléfono: 866-245-0815 o bien, ante el Secretario de Servicios Humanos y de Salud. No se tomará ninguna represalia en su contra por presentar una queja.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 09/23/13  
VERSIÓN 4  
FORM HTPN-46000  
REV. 10-14-02  
REV. 02-16-10  
REV. 01-15-13  
REV. 08-27-13

Acuse de recibo de las  
Normas de información médica  
de HealthTexas Provider Network (HTPN)



Acct #

Acuse de re cibo

El Acto de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurar que Ud. esta enterado de sus derechos confidenciales y de como su información médica puede ser usada por nuestros empleados al proveer y organizar su cuidado médico.

HTPN le esta facilitando con el aviso adjunto, que le indica cómo HTPN y sus médicos<sup>1</sup> pueden usar y/o revelar información de salud confidencial sobre su tratamiento, pago y otras actividades relacionadas a su cuidado médico, y tal como se permite bajo la ley. **Al firmar este documento, Ud. reconoce que ha recibido una copia del *Aviso de Costumbres Sobre la Información de Salud de HTPN*.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN EL CONSULTORIO

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Fecha de entrada en vigencia del aviso: **09-23-2013**

<sup>1</sup>Los médicos son empleados de la red HealthTexas Provider Network y no son empleados o representantes de Baylor Health Care System, de una subsidiaria, un centro comunitario ni de un centro afiliado de Baylor Health Care System.

# Formulario de raza, origen étnico e idioma



Acct #

HealthTexas Provider Network está implementado un proceso automático de recopilación de datos sobre raza, origen étnico y las necesidades de comunicación directamente de los pacientes o sus cuidadores. **El objetivo de la compilación de esta información es asegurarnos de que todos los pacientes reciban atención de alta calidad.**

Nos gustaría que nos indicara cuál es su raza y origen étnico. **Solamente usaremos esta información para evaluar el tratamiento que recibe el paciente y asegurarnos de que todos reciban la atención de más alta calidad.**

Raza

## ¿Cuál categoría mejor describe su raza?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska  | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| <input type="checkbox"/> Asiático                                    | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza   |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                       | <input type="checkbox"/> Desconocida        |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Niego contestar    |

**Definiciones de raza:** **Indígena norteamericano o nativo de Alaska:** Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central y Sur, y que mantienen su afiliación tribal o apego comunitario. **Asiático:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. **Negro o afroamericano:** Una persona cuyo origen proviene de los grupos raciales negros de África. **Blanco o caucásico:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias de Europa, el Medio Oriente, o el norte de África. **Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del Pacífico.

Origen étnico

## ¿Cuál categoría mejor describe su etnicidad?

- No hispano ni latino
- Hispano o latino
- Desconocido
- Niego contestar

Idioma

## ¿En cuál idioma prefiere usted hablar con su médico o enfermero?

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés     | <input type="checkbox"/> Holandés   |
| <input type="checkbox"/> Español    | <input type="checkbox"/> Hindi      |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Chino      |                                     |

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Preferencias del paciente sobre la información médica protegida



Acct #

Approved HIPAA Contacts

Mi método preferido de comunicación sobre mi **estado de salud** se indica a continuación (marque una):

- Teléfono del domicilio       Teléfono del trabajo       Teléfono celular
- Correo postal       Tutor legal       MyBSWHealth

Si el método indicado arriba es el teléfono, marque a continuación la casilla apropiada:

- Puede dejar mensaje con información detallada.
- Deje mensaje solamente con el número que se debe usar para llamar.

*Tenga en cuenta que usted es responsable de todos los costos que puedan surgir de nuestras comunicaciones. Por ejemplo, si no da un número de teléfono celular como método de contacto, usted es responsable de los cargos impuestos por su compañía de teléfono celular para recibir mensajes de la clínica.*

*Le pedimos además que le indique a nuestro consultorio si tiene algunas indicaciones especiales relacionadas con nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, háganos saber si quiere que le llamemos a otro teléfono para darle el resultado de una prueba particular.*

Método preferido para comunicaciones

Mantener privada la información de nuestros pacientes es importante para nosotros y, de forma predeterminada, solo divulgaremos información relacionada con la **Cuenta de facturación** del paciente y su **Estado de salud al paciente** o al **tutor legal**.

Si desea agregar otros contactos (aparte del paciente o tutor legal) para autorizar a HealthTexas a divulgar este tipo de información a dichas personas, llene los campos a continuación y seleccione las casillas adecuadas según lo que prefiera para cada persona que indique. Además, seleccione la persona que aparecería como su **Contacto de emergencia** en HealthTexas si acaso ocurriera una emergencia en nuestro consultorio.

|  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| <b>1</b> Nombre del contacto                   | Relación con el paciente                 | Teléfono del contacto         |
| <b>Información sobre cuenta de facturación</b> | <b>Información sobre estado de salud</b> | <b>Contacto de emergencia</b> |
| <b>2</b> Nombre del contacto                   | Relación con el paciente                 | Teléfono del contacto         |
| <b>Información sobre cuenta de facturación</b> | <b>Información sobre estado de salud</b> | <b>Contacto de emergencia</b> |

*Esta autorización es válida por tiempo indefinido o hasta que sea anulada por escrito. Entiendo que los pedidos de información médica hechos por personas no incluidas en este formulario requerirá mi específica autorización antes de divulgar cualquier tipo de información médica.*

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN EL CONSULTORIO

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha