

Douglas Community Clinic
801 E Plano Parkway Suite 140
Plano , Tx. 75074
Phone : 469-800-6230 Fax : 469-800-6235

Articulos que necesitan que traer a Su cita para aplicar para asistencia Financail.

Tiene que traer :

1. Prueba de ingreso familiar.

Ex. Talones de cheques , ultimo taxes del fin de ano ,W2's ,
Carta del empleador (cuantas horas trabaja , cuanto les paga
por hora)

2.Si es aprobador para asistencia Financiera co-pago por ver a
la Doctora es \$10 por visita.

3.Identificacion con foto.

4.Traiga todos los medicamentos actuales.

Nuevos Pacientes tienen que estar a Su cita 45 minutos antes
para llenar todo la documentacion necesaria.

5. Comprobante de Domicillio.

Si no puede llegar a Su cita POR FAVOR de llamarnos el Dia
antes de Su cita.

Por Favor De Llamar al 469-800-6230 (para mas informacion
"o" para ser una cita.

Horas operacon para nuestra clinica

Lunes A Viernes

8 am – 5 pm

Su proveedor es un médico de HealthTexas



HEALTHTEXAS

PROVIDER NETWORK

Affiliated with Baylor Scott & White Health



La red de proveedores **HealthTexas Provider Network** es la segunda subsidiaria más grande del Baylor Scott & White Health. La extensión de nuestra red abarca a casi 1,050 proveedores que prestan servicios a pacientes en alrededor de 315 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 Scott & White Health.

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.



Los médicos son empleados de la red HealthTexas Provider Network, una filial de Baylor Health Care System. ©2012 Baylor Health Care System. BID HTPN_1774 12.12

Advanced Endoscopy Consultants of Texas
 Advanced Heart Failure Clinic
 Advanced Lung Disease Specialists
 Advanced Vein Clinic of North Texas
 Arrhythmia Management
 Baylor Center for Inflammatory Bowel Diseases
 Baylor Community Care at Carrollton
 Baylor Community Care at Fort Worth
 Baylor Community Care at Garland
 Baylor Community Care at Worth Street
 Baylor Endocrine Center
 Baylor Family Health Center at Cityview
 Baylor Family Health Center at Mesquite
 Baylor Family Health Center at Richardson
 Baylor Family Medical Center at Grapevine
 Baylor Family Medical Center at Midlothian
 Baylor Family Medical Center at Murphy
 Baylor Family Medical Center at Red Oak
 Baylor Family Medical Center at Riverside
 Baylor Family Medical Center at Rockwall
 Baylor Family Medical Center at Southwest Fort Worth
 Baylor Family Medicine at Aubrey
 Baylor Family Medicine at Carrollton
 Baylor Family Medicine at Cedar Hill
 Baylor Family Medicine at Coppell
 Baylor Family Medicine at Flower Mound
 Baylor Family Medicine at Fort Worth
 Baylor Family Medicine at Frankford & Josey
 Baylor Family Medicine at Frisco
 Baylor Family Medicine at Garland
 Baylor Family Medicine at Highland Village
 Baylor Family Medicine at Keller
 Baylor Family Medicine at Lake Ridge
 Baylor Family Medicine at McKinney
 Baylor Family Medicine at Plano
 Baylor Family Medicine at Prosper
 Baylor Family Medicine at Roanoke and Trophy Club
 Baylor Family Medicine at Southwest Fort Worth
 Baylor Family Medicine at Stonebridge
 Baylor Family Medicine at The Colony
 Baylor Family Medicine at Uptown
 Baylor Family Medicine at Weatherford
 Baylor Family Medicine at Wylie
 Baylor Housecalls
 Baylor Internal Medicine Associates at McKinney
 Baylor Medical Psychology Consultants
 Baylor Neurosurgery Associates
 Baylor Occupational & Family Health Center at TI
 Baylor Pediatric and Adolescent Associates
 Baylor Pediatric Center
 Baylor Physical Medicine and Rehabilitation Physicians
 Baylor Preferred Health at BUMC
 Baylor Preferred Health at Park Cities
 Baylor Residency at Dallas
 Baylor Scott & White Family Medical Center Waxahachie
 Baylor Scott & White Family Medicine Burleson
 Baylor Scott & White Family Medicine Grapevine
 Baylor Scott & White Family Medicine Lakewood
 Baylor Scott & White Neurology at Dallas
 Baylor Scott & White Orthopedics at Garland
 Baylor Scott & White Orthopedics at McKinney
 Baylor Senior Health Center - Garland
 Baylor Senior Health Center - Geriatrics Center
 Baylor Senior Health Center - Mesquite
 Baylor Specialty Associates of Fort Worth
 Baylor Transplant Services
 Behavioral Health Specialists of Dallas
 Breast Care Specialists of Texas
 Cancer Institute of Dallas
 Cardiac and Thoracic Surgery at Baylor University Medical Center
 Cardiac Surgery Specialists
 Cardiology Associates
 Cardiology Consultants of Texas
 Cardiovascular Consultants

Carrollton Inpatient Care Unit
 Casa Linda Pediatrics
 Centennial Family Medicine at Craig Ranch
 Centennial Family Medicine at East Frisco
 Centennial Family Medicine at Melissa
 Centennial Family Medicine at Prosper
 Centennial Family Medicine Group at Frisco
 Centennial Internal Medicine and Wellness
 Centennial Medical Group at West Frisco
 Centennial Primary Health and Wellness Group at Frisco
 Center for Metabolic and Weight Loss Surgery of Dallas
 Center for Thoracic Surgery
 CitySquare
 Cognitive and Behavioral Neurology Associates
 Colleyville Family Medicine
 Colon & Rectal Surgical Associates
 Colon and Rectal Surgical Consultants of North Texas
 Comprehensive Stroke Clinic
 Congestive Heart Failure Clinic
 Cottonwood Cardiology
 Dallas Arrhythmia Group
 Dallas Diagnostic Association - Garland
 Dallas Diagnostic Association - Park Cities
 Dallas Diagnostic Association - Plano
 Denton Heart Group
 Dermatology Specialists of McKinney
 Diabetes Health & Wellness Institute Family Health Center at the
 Juanita J. Craft Recreation Center
 Digestive Disease Specialists of Waxahachie
 Digestive Diseases Group
 Douglass Community Clinic
 East Lake Medical Group
 Ellis County Orthopaedics
 Endocrinology Specialists of McKinney
 Endocrinology Specialists of North Texas
 ENT Consultants of North Texas
 ENT Specialists of Waxahachie
 Family Medical Center at Baylor
 Family Medical Center at Garland
 Family Medical Center at North Garland
 Family Medical Center at Terrell
 Grapevine Cardiothoracic Surgery Specialists
 Grapevine Vein Clinic
 Gynecology Specialists of Garland
 Headache Medicine Specialists of North Texas
 Hemorrhoid Institute of North Texas
 Hip Preservation Center at Baylor University Medical Center at Dallas
 Hope Clinic
 Innovative Surgical Care of Dallas
 Innovative Surgical Care of Frisco
 Inpatient Care Unit at Baylor Medical Center Garland
 Internal Medicine Associates of Irving
 Irving Community Clinic
 Irving Coppell Internal Medicine
 Lake Points Bone and Joint
 Lake Points Medical Partners - Greenville
 Lake Points Medical Partners - Hospitalists
 Lake Points Medical Partners - Internal Medicine at Rowlett
 Lake Points Medical Partners - Rockwall
 Lake Points Medical Partners - Rowlett
 Lake Points Medical Partners - Royse City
 Lake Points Medical Partners - Sachse
 Lake Points Medical Partners Colon & Rectal Surgery
 Lake Points Medical Partners Internal Medicine - North Rowlett
 Lake Points Medical Partners Internal Medicine - West Rowlett
 Lake Points Medical Partners Lung & Sleep Consultants - Rockwall
 Lake Points Medical Partners Lung & Sleep Consultants - Rowlett
 Lake Points Medical Partners Primary Care and Pediatrics
 Lake Points Medical Partners Respiratory Disease Consultants
 Lake Points Medical Partners Wylie
 Lake Points OB/GYN - Rowlett
 Lake Points Obstetrics & Gynecology
 Lakewood Pediatrics
 Lakewood Women's Center

Legacy Heart Center
 Little Elm Medical Clinic
 Liver Consultants of Texas
 Liver Health
 McKinney Inpatient Care Unit
 Medical Partners of Lakewood
 MedProvider
 MedProvider Inpatient Care Unit
 Mesquite Family Healthcare
 Metropex Surgical Specialists
 Minimally Invasive Surgery Specialists
 Modern Dermatology
 Multiple Sclerosis Treatment Center of Dallas
 Neurology Associates of Irving - Inpatient
 Neurology Associates of Irving - Outpatient
 Neurology Hospitalist Group
 Neurometabolic & Undiagnosed Neurological Diseases
 Neurovascular Associates of Texas
 Neuro-Oncology Associates
 North Hills Vascular
 North Texas Colon & Rectal Associates
 North Texas Orthopaedic Specialists
 NTHCA - Endocrinology
 NTHCA - Family Medicine
 NTHCA - Inpatient Care Unit
 NTHCA - Internal Medicine at Irving/Coppell
 NTHCA - Pediatrics
 Orthopaedic Consultants of North Texas
 Orthopaedic Trauma Associates of North Texas
 Orthopedic Associates of Dallas
 Park Lane Endocrinology
 Park Lane OB/GYN Associates
 Pelvic Floor Center of North Texas
 Personal Edge
 Plano - Inpatient Care Unit
 Preventive Cardiology and Advanced Lipidology Clinic
 Pulmonary and Critical Care Associates of Garland
 Pulmonary and Critical Care Specialists of Dallas
 Pulmonary and Critical Care Specialists of Dallas Outpatient
 Practice
 Riverside Obstetrics & Gynecology
 Sandknop Family Practice - Forney
 Sandknop Family Practice - Greenville
 Sandknop Family Practice - Rockwall
 Signature Medicine
 Southlake Family Medicine
 Spine Surgery Center
 Sunnyvale Cardiology Associates
 Supportive & Palliative Care at Baylor All Saints Medical Center at
 Fort Worth
 Supportive & Palliative Care at Baylor University Medical Center
 at Dallas
 Supportive & Palliative Care at Carrollton
 Supportive & Palliative Care at Grapevine-Irving
 Supportive & Palliative Care at Plano
 Supportive and Palliative Care Clinic at Baylor Medical Center at
 McKinney
 Surgical Institute
 Surgical Oncology Specialists
 Texas Cardiac Associates
 Texas Orthopedic Partners
 Texas Orthopedic Partners
 Texas Pulmonary Critical Care Specialists
 Texas Surgical Specialists
 Texas Urogynecology Associates
 The Heart Group
 The Medicine Clinic of Plano
 The Pain Center of North Texas
 The Shoulder Center at BUMC at Dallas
 The Urology Institute of Frisco Transplant Nephrology Clinic
 TPC Hospitalist Group
 Transplant Nephrology Clinic
 Waxahachie Inpatient Care Unit
 White Rock Medical Clinic

Forma de Recursos para la Comunidad

Nombre _____ Fecha _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Nos gustaría saber si además de sus necesidades médicas, existen otros problemas que actualmente estén afectando a usted o a su familia. Nuestros voluntarios podrán revisar esta forma con usted para referirlo a alguna organización en nuestra comunidad que pueda ayudarlo.

Le gustaría hablar con nuestro voluntario sobre:

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Ansiedad/Depresión/Estrés; Reciente muerto o pérdida | Sí _____ No _____ |
| 2. Necesita ayuda con comida/ropa/estampillas de comida | Sí _____ No _____ |
| 3. Dentista | Sí _____ No _____ |
| 4. Necesita saber en qué lugar lo ayudan con renta u otros gastos | Sí _____ No _____ |
| 5. Vivienda | Sí _____ No _____ |
| 6. Inmigración/Asuntos Legales | Sí _____ No _____ |
| 7. Entrenamiento para trabajo/Educación/GED | Sí _____ No _____ |
| 8. Mamograma/Papanicolaou | Sí _____ No _____ |
| 9. Medicaid/Aplicación para CHIP | Sí _____ No _____ |
| 10. Nutrición/Ejercicio | Sí _____ No _____ |
| 11. Sobre como ser mejor padre/madre | Sí _____ No _____ |
| 12. Fumar/Drogas/Alcohol | Sí _____ No _____ |
| 13. Transporte | Sí _____ No _____ |
| 14. Violencia/Abuso | Sí _____ No _____ |
| 15. Visión | Sí _____ No _____ |
| 16. ESL | Sí _____ No _____ |

17. Favor de contestar las siguientes preguntas en la forma más conveniente.

Esto pasa siempre, algunas veces, o nunca cierto para su casa en los últimos 12 meses?

- | | | | |
|--|---------|---------------|--------------|
| a. Nos preocupamos si tendremos suficiente comida antes de que tengamos más dinero para comprar más. | Siempre | Algunas Veces | Nunca cierto |
| b. La comida que compraba no dura y no tenemos dinero para comprar más. | Siempre | Algunas Veces | Nunca cierto |

Notas:

1. Si un niño o niños son residente permanentes de este país o ciudadanos Americano ellos pueden calificar para Medicaid o para el programa de CHIP. Pídanos una solicitud y con gusto se la daremos.
2. Toda la información que usted nos brinda es estrictamente confidencial y podrá ser compartida y solamente con las organizaciones pertinentes.



Póliza de cancelación para citas con especialistas

Nosotros queremos ofrecer la mejor atención y cuidado médico. Es por esto que tenemos alianzas con los médicos de especialidad. Cuando su doctor le recomienda ver a un especialista, siempre hay una razón importante.

La mayoría de estos especialistas ofrecen voluntariamente su tiempo. Cuando los pacientes no se presentan a sus citas, es muy difícil para que ellos sigan ofreciendo este servicio. Hemos creado esta póliza para continuar estos servicios de especialidad.

POLIZA

Entendemos que hay ocasiones en que usted puede faltar a una cita debido a una emergencia. Cuando usted no llama para cancelar su cita, usted está prohibiendo a otro paciente que reciba el tratamiento que tanto necesitan. Al mismo tiempo, cuando otro paciente no llama para cancelar su cita no se le puede ofrecer una cita a usted porque el horario del médico está lleno.

Por estas razones, si no puede asistir a su cita, debe llamar con 24 horas de antelación para cancelar. Si dos o más visitas a la clínica se pierden o cancelados sin la debida notificación, es posible que no pueda programar otra cita con el médico especialista.

Entiendo la póliza de cancelación y estoy de acuerdo con los términos de recibir acceso a los médicos de especialidad que ofrece el Centro Comunitario de Baylor.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Formulario de inscripción para pacientes nuevos



Acct #

Información del paciente

Nombre del paciente: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		(Apellido de soltera)	
Dirección: (Calle o apartado)				Ciudad		Estado	Código postal
Teléf. domicilio		Teléf. trabajo			Teléf. celular		
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento	Edad	Núm. seguro social		Núm. licencia de conducir	
Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				Nombre del cónyuge (si corresponde)			
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"/> Línea de referencia de Baylor <input type="checkbox"/> Referencia durante actividad comunitaria <input type="checkbox"/> Correspondencia directa <input type="checkbox"/> Sala de emerg. <input type="checkbox"/> Paciente establecido <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet/Sitio Web <input type="checkbox"/> Ubicación/Se enteró al pasar en el vehículo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Referencia médica <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Páginas amarillas							

Llene esta sección solamente si el paciente es menor de edad

Parte responsable

Parte responsable: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		(Apellido de soltera)	
Dirección: (Calle o apartado)				Ciudad		Estado	Código postal
Teléf. domicilio		Teléf. trabajo			Teléf. celular		
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento	Edad	Núm. seguro social		Núm. licencia de conducir	

Información de seguro y del afiliado

Seguro médico primario		Fecha de entrada en vigencia		Seguro médico secundario		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

Firma del paciente, padre o tutor legal _____

Fecha _____

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)

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.

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)

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

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

Acct #

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 médicos¹ 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)

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

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

¹Los 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.

Acct #

La oficina Baylor Office EHR, de expedientes médicos electrónicos, es el resultado de un esfuerzo de los médicos de HealthTexas Physician Network junto con otros médicos asociados con Baylor Health Care System para apoyar plenamente una experiencia electrónica de atención de la salud del paciente mediante la implementación de una plataforma común de expedientes médicos electrónicos. HealthTexas Physician Network ("HTPN") se complace en ofrecer la oficina Baylor Office EHR como una conveniencia para comunicarse electrónicamente con usted bajo las condiciones y los términos indicados a continuación.

Comunicaciones electrónicas

Uso de las comunicaciones electrónicas de HTPN con el paciente

Si, deseo que HTPN me envíe mi información por medio de un sistema protegido creado para mantener segura mi información. Se le notificará por correo electrónico cuando haya información segura para que la evalúe. El mensaje por correo electrónico le indicará un enlace que lo llevará a un sitio protegido. Después de hacer clic en el enlace, tendrá que crear una contraseña para conectarse y acceder a su información. Deberá anotar su contraseña y recordarla a fin de acceder cualquier información futura.

Escriba en el espacio a continuación la dirección de correo electrónico que desea usar para recibir mensajes protegidos.

Dirección de correo electrónico (escriba en letra de molde)

Al elegir su dirección de correo electrónico, considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, las personas que puedan tener acceso a su dirección de correo electrónico, o cualquier otra persona, tal como su empleador, que pueda tener derecho y/o la capacidad de examinar toda la correspondencia electrónica recibida en su lugar de trabajo.

No, I do not want HTPN to use electronic communication as a way to communicate my information to me.

Directrices sobre el correo electrónico de HTPN

- Al presente, HTPN solo puede enviar correo electrónico a los pacientes. En la actualidad, HTPN no puede aceptar mensajes por correo electrónico de los pacientes a través de la oficina Baylor Office EHR de expedientes médicos electrónicos.
- Todos los mensajes de correo electrónico que reciba de HTPN se envían con el nombre y la cuenta de correo electrónico de DFW Centricity.
- Es responsabilidad del paciente notificar a HTPN de inmediato si hay un cambio en su dirección de correo electrónico.
- Todas las comunicaciones de correo electrónico con usted se registran en su expediente médico. Todos los que tienen acceso a su expediente médico también tienen acceso a los mensajes de correo electrónico que se le envían.

Confidencialidad y privacidad

- Si no se usa el proceso de comunicación electrónica antes descrito, no podemos garantizarle la confidencialidad de la información.
- HTPN no divulgará su dirección de correo electrónico con nadie sin la debida autorización para ver su expediente médico.

Consentimiento y acuerdo

He leído detenidamente este documento y acepto cumplir plenamente con las directrices definidas en este documento para las comunicaciones electrónicas de HTPN. Entiendo que este servicio se ofrecerá gratuitamente y que me informarán si en el futuro se agrega una tarifa por el servicio.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

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 describe mejor su raza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska: | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Blanco: | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a responder |
| <input type="checkbox"/> Asiático (incluye Pakistán e India) | |

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. **Negro o afroamericano:** Una persona cuyo origen proviene de los grupos raciales negros de África. **Blanco:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias de Europa, el Medio Oriente, o el norte de África. **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. **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. **Multirracial:** Una persona que tiene una o más combinaciones de las poblaciones originarias mencionados arriba.

Origen étnico

Primero, ¿se considera usted hispano/latino?

- Sí No Se rehúsa a responder

Idioma

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

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas u otro tipo de ayuda o servicio |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a responder |

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Preferencias del paciente sobre la información médica protegida

Acct #

Contatos aprobados de HIPAA

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.

Nombre del contacto Relación con el paciente Teléfono del contacto
 Información sobre cuenta de facturación Información sobre estado de salud Contacto de emergencia

Nombre del contacto Relación con el paciente Teléfono del contacto
 Información sobre cuenta de facturación Información sobre estado de salud Contacto de emergencia

Método preferido para comunicaciones

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

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 nos 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.

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)

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

**Comunicación Alternativa del PHI
(Información de Salud del Paciente)**

Acct #

Generalmente, nuestras oficinas se comunicarán con usted por los medios habituales de comunicación los cuales incluirían los métodos preferidos que indicó previamente. Si desea que comuniquemos cierta información médica por medio de métodos alternativos, indíquelo en el espacio provisto a continuación. Por ejemplo, infórmele a nuestra oficina si desea que lo llamemos al teléfono celular en lugar de al teléfono de su domicilio con el resultado de una prueba en particular, o si prefiere que enviemos por correo la información sobre la atención médica prestada por nuestros proveedores especializados (como un cardiólogo) a una dirección postal diferente.

**Pedido de comunicaciones
alternativas**

**Pedido para no recibir
comunicaciones**

I request that communication regarding my medical conditions to occur **ONLY** when I am in the clinic. Please only print and hand me information when I am in the clinic. **I DO NOT** wish to be notified by any other communication method regarding my medical conditions, except in an emergency situation.

Entiendo que HealthTexas hará todo lo que sea razonablemente posible para cumplir con mi pedido de comunicación de información médica por medio de métodos o ubicaciones alternativas. Entiendo además que HealthTexas se puede comunicar conmigo por otros medios bajo ciertas circunstancias, como en caso de una emergencia o para obtener el pago de los servicios prestados.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

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")¹ 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

¹ 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.

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