

**Información de Registro del Paciente FAVOR DE IMPRIMIR – COMPLETE TODOS LOS CAMPOS (Anverso y reverso)**

Nombre:		Inicial	Apellido(s):		Fecha de nacimiento:
Teléfono de casa: ( )	¿Podemos dejar mensaje? (S/N)	Teléfono celular: ( )	¿Podemos dejar mensaje? (S/N)	Teléfono del trabajo: ( )	¿Podemos dejar mensaje? (S/N)
Dirección de domicilio (casa):			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico (Email):			Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) Nombre del cónyuge:		
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásica (Blanca) <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Americano del pacífico asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Americano del subcontinente Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar					
Etnia: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Otra etnia <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar					
¿Cómo se enteró de Tepeyac OB/GYN?					

**Completar ÚNICAMENTE si es estudiante o menor de 18 años**

Nombre de la madre:		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra	Inicial	Apellido(s) de la madre:		Fecha de nacimiento de la madre:	Número de Seguridad Social (Social Security) de la madre:
Dirección de domicilio (casa) de la madre:				Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa de la madre: ( )		Teléfono de trabajo de la madre: ( )		Teléfono celular de la madre: ( )			
Nombre del padre:		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra	Inicial	Apellido del padre:		Fecha de nacimiento del padre:	Número de Seguridad Social (Social Security) del padre:
Dirección de domicilio (casa) del padre:				Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa del padre: ( )		Teléfono de trabajo del padre: ( )		Teléfono celular del padre: ( )			

**Póliza de seguros principal: Paciente Cónyuge Padres Otro**

Nombre del titular de la póliza:		Teléfono titular de la póliza: ( )		Número de Seguridad Social ( Social Security) del titular de la póliza:		
<b>Si no es el paciente</b> , dirección del titular de la póliza:		Ciudad:	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Nombre de la compañía aseguradora principal:		Dirección:		Ciudad:	Estado	Código postal
Número de identificación (ID) del miembro:		Número de grupo:	Co-pago:	Fecha de vigencia:		

**Póliza de seguros secundaria: Paciente Cónyuge Padres Otro**

Nombre del titular de la póliza:		Teléfono titular de la póliza: ( )		Número de Seguridad Social ( Social Security) del titular de la póliza:		
<b>Si no es el paciente</b> , dirección del titular de la póliza:		Ciudad:	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Nombre de la compañía aseguradora principal:		Dirección:		Ciudad:	Estado	Código postal
Número de identificación (ID) del miembro:		Número de grupo:	Co-pago:	Fecha de vigencia:		

**Contactos de emergencia**

Nombre del contacto de emergencia principal:		Relación con el paciente:	Número de teléfono: ( )
Nombre del contacto de emergencia secundario:		Relación con el paciente:	Número de teléfono: ( )

## Condiciones de Registro

**EL CONSULTORIO:** Tepeyac Family Center LLC, también conocido como Tepeyac OB/GYN y/o sus médicos, empleados o agentes, de ahora en adelante serán llamados “El Consultorio”.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO:** A través del presente documento, el abajofirmante otorga su consentimiento para que le sea administrado el tratamiento, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y cirugía que el médico tratante juzgue necesarios para quien suscribe y/o su(s) hijo(s). Dichos procedimientos pueden incluir, pero no se limitan a, cirugía, y procedimientos de laboratorio y radiología.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS:** A través del presente documento autorizo a El Consultorio a que solicite los beneficios que correspondan, por servicios que hayan proporcionado a mi persona o al menor, a Medicaid, Medicare, o cualesquiera pólizas o programas de seguros que otorguen beneficios a El Consultorio (incluyendo beneficios pagables a través del Título XVIII del Acta de Seguridad Social [Title XVIII of the Social Security Act] y/u otra agencia gubernamental). Autorizo, de manera irrevocable, dichos pagos a El Consultorio. Autorizo a El Consultorio a contactar a mi empleador o compañía de seguros acerca de la información de seguros, existencia de seguro y cobertura en mi (nuestro) beneficio.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a El Consultorio a divulgar todos y cada uno de los registros médicos necesarios, míos y/o de mi(s) hijo(a/s) menor(es), y/o cualquier otra información o registros requeridos por mi (nuestra) compañía de seguros o sus agentes revisores designados, que provean beneficios de seguros en mi (nuestro) beneficio, incluidos —si aplicasen— mi empleador y/o la compañía de compensación de seguros de trabajadores del empleador, la Administración de Seguro Social, o los Centros de Servicios CMS de Medicare y Medicaid, necesarios para determinar los beneficios y procesar los reclamos de seguros y aseguramiento de pagos de los beneficios, ya sea al asegurado o a El Consultorio; y autorizo a cualquier hospital, laboratorio, médico u otro proveedor de servicios de salud y/o sus trabajadores, a revelar mis registros médicos y/o los de mi(s) hijo(a/s), y/o cualquier registro e información acerca de mi o de mi(s) hijo(a/s) a El Consultorio, que sean requeridos para el pago de beneficios y/o requerido por razones médicas o de otra índole; y autorizo a El Consultorio a divulgar los arriba mencionados registros por cualesquiera de las razones arriba mencionadas. Estoy de acuerdo con pagar cualquier cargo aplicable por la generación de copias de mis registros. Dichos cargos serán de .50 (cincuenta centavos) por página, hasta 50 páginas, y .25 (veinticinco centavos) a partir de esa cantidad, adicionales al porte de USPS y \$10 dólares por gestión.

**REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES:** Estoy consciente de que, si tengo un plan que requiera cualquier referencia, pre-certificación o autorización, es mi responsabilidad —no de El Consultorio— obtener la aprobación por parte de mi plan de seguros para los servicios y/o procedimientos médicos, antes de que dichos servicios y/o procedimientos médicos sean proporcionados. Algunas compañías de seguros podrán tardar 48 horas o más en obtener la referencia. Adicionalmente, si los procedimientos anteriormente mencionados no se realizan, y se llegasen a proporcionar los servicios y/o procedimientos médicos sin la aprobación del seguro necesaria, yo seré responsable del pago, y que cualesquiera de las acciones antes mencionadas no garantizan que mi compañía de seguros pagará los reclamos. Me (nos) comprometo (comprometemos) a informar de inmediato a El Consultorio acerca de cualquier cambio en la cobertura del seguro y/o beneficios, e información personal. Comprendo que los servicios médicos podrían no ser proporcionados sin el registro de la referencia adecuada.

**ACUERDO FINANCIERO:** Estoy consciente de que el pago total es requerido al momento de realizarse el tratamiento. También estoy consciente de que podría(mos) recibir facturas por separado por servicios proporcionados por otros profesionales, incluidos, pero no limitándose a, otros médicos, radiólogos y trabajo de laboratorio, de acuerdo a los servicios proporcionados. El Consultorio solicitará los beneficios al seguro y aceptará los pagos de acuerdo a los acuerdos contractuales que tenga El Consultorio on la compañía de seguros. Cualquier pregunta o disputa concerniente a la cobertura de seguros o pagos de beneficios es un asunto entre el asegurado/suscriptor de la póliza y la compañía de seguros. Cualquier ayuda que El Consultorio proporcione en esta materia será estrictamente como cortesía y no implica ninguna responsabilidad por parte de El Consultorio en cuanto al registro, seguimiento o confirmación. Estoy de acuerdo en pagar una tarifa de \$50 dólares por inasistencia a citas que no hayan sido canceladas con al menos 24 horas de antelación. Estoy de acuerdo con pagar una tarifa de \$30 dólares por el reemplazo de recetas, órdenes, formas y otros documentos previamente proporcionados por la oficina. Si un cheque de mi cuenta fuera devuelto, deberé pagar una penalización de \$25 dólares por dicho cheque, además de la cantidad original por los servicios. Si se llegase a presentar un saldo debido al co-pago de seguro, coaseguro, deducible, terminación de cobertura, no agregar a un dependiente al plan de seguros, falta de pago al momento del servicio y/o cualquier otra razón, estoy de acuerdo con pagar todos los cargos en un plazo de 30 días a partir de la recepción de los servicios. Se cargará un interés mensual de 1.5% a todas las cuentas de más de 60 días. Si el balance no se paga dentro de los sesenta días, o si no se realizan los acuerdos de pago correspondientes, autorizo a El Consultorio a contratar los servicios de un abogado y/o agencia de cobranzas para que le auxilie en la cobranza de cualquier saldo que se adeude, y que notifique a los burós de crédito de mi (nuestra) morosidad. Estoy consciente de que esto afectará mi (nuestro) historial crediticio. Si esta cuenta entrase en cobranza, estoy de acuerdo con pagar un tercio del monto principal y el interés, como honorarios del abogado/agencia de cobranzas, además de los costos de la corte e intereses de 1.5% mensual, comenzando a los 60 días del vencimiento o gasto pagado en mi (nuestro) nombre. Cualquier gasto incurrido por dichas acciones de cobranza, incluyendo el máximo interés permitido, se convertirá en un pasivo adicional por el cual seré(mos) enteramente responsable(s). Estoy consciente y de acuerdo en que los términos aquí mencionados se reafirman cada vez que se proporciona un servicio.

**Certifico que la información antes reportada es correcta y que, como Paciente/Padre/Madre/Tutor/Garante, he leído, comprendo y acepto en su totalidad las Condiciones de Registro.**

Nombre escrito

Firma

Fecha de nacimiento

Fecha



## HISTORIAL MÉDICO

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

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

HISTORIAL MENSTRUAL		HISTORIAL DE EMBARAZOS (Incluya a término, prematuro, aborto espontáneo y aborto)								
Primer día de la última regla: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Histerectomía		Nombre	Fecha de nacimiento	Semanas de embarazo	Tipo de parto	Anestesia	Horas de trabajo de parto	Lugar de nacimiento	Peso	Complicaciones y Salud
Edad en que inició:										
Días entre inicio e inicio:										
Días de sangrado:										
# toallas sanitarias usadas por día:										
# tampones usados por día:										
Sangrado no-menstrual: S/N										
Dolor menstrual severo: S/N										
Método de planificación familiar: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Esterilización femenina <input type="checkbox"/> Esterilización masculina <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/> Otro:										

HISTORIAL GINECOLÓGICO	
Fecha de último Papanicolao: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>Marque si alguna vez ha padecido alguna de estas condiciones:</b> <input type="checkbox"/> Papanicolao anormal <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Cáncer de seno <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Masa/bulto en el seno <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Quiste ovárico <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Síndrome ovárico policístico <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Infecciones/Enfermedades de transmisión sexual (otras)
Última mamografía: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
Último examen de densitometría ósea (DEXA): _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
Última colonoscopia: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL (marque si ha tenido cualquiera de los siguientes)		
<input type="checkbox"/> Alergias (estacionales)	<input type="checkbox"/> Discapacidad/enfermedad ocular	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> GERD/Reflujo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Apoplejía	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Migrañas con aura
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> EOPC (Enfermedad obstructiva pulmonar crónica)	<input type="checkbox"/> Migrañas sin aura
<input type="checkbox"/> Cáncer (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo (TVP o PE)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme (Borreliosis)	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Trauma (físico o emocional)
<input type="checkbox"/> Contusión/lesión de cabeza	<input type="checkbox"/> Cálculo renal	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Infección renal	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica
<input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	
<input type="checkbox"/> Discapacidad/enfermedad auditiva	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	

MEDICAMENTOS ACTUALES	ALERGIAS	CIRUGÍAS ANTERIORES Y AÑO

HISTORIAL FAMILIAR				
	Edad y condiciones médicas		Edad y condiciones médicas	Márque e indique <b>quien</b> de su familia padece:
Padre		Hijos 1		<input type="checkbox"/> Cáncer de <input type="checkbox"/> seno <input type="checkbox"/> endometrio <input type="checkbox"/> ovarios <input type="checkbox"/> colon <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> TVP o PE <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Osteoporosis
Madre		2		
Hnos. 1		3		
2		4		
3		5		
4		6		
5		7		
HISTORIAL SOCIAL				
¿Uso de tabaco? S/N # de cigarrillos diarios:		¿Se ejercita con regularidad? S/N ¿Consumo lácteos o toma calcio? S/N		
¿Uso de alcohol? S/N # de bebidas por semana:		Ocupación:		
¿Sexualmente activa?: Actual / Pasado / Nunca		Religión:		
		Estado civil:		

**¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas?**

**CONSTITUCIÓN:**

- Fatiga
- Fiebre
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

**CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y**

**GARGANTA:**

- Cambio de audición
- Sangrado nasal
- Dolor de garganta
- Disminución de visión

**RESPIRATORIO:**

- Tos – seca o con flema
- Falta de aliento
- Sibilancia

**CARDIOVASCULAR:**

- Dolor en el pecho
- Inflamación de piernas o tobillos
- Palpitaciones

**SENO:**

- Masa/bulto en los senos
- Dolor en los senos
- Secreción del pezón

**GASTROINTESTINAL:**

- Estreñimiento / constipación
- Heces oscuras/con sangre
- Diarrea
- Náusea/Vómito

**REPRODUCTIVA**

- Coito doloroso
- Secreción vaginal
- Comezón/ardor vaginal

**URINARIA:**

- Micción dolorosa
- Sangre en la orina
- Frecuencia urinaria
- Descarga urinaria al toser/estornudar

**MÚSCULO ESQUELÉTICO:**

- Dolor de espalda
- Dolor, rigidez, inflamación en articulaciones
- Debilidad

**NEUROLÓGICO:**

- Dolor de cabeza (nueva aparición)
- Pérdida de memoria
- Entumecimiento
- Temblor

**PSIQUIÁTRICO:**

- Ansiedad
- Depresión
- Insomnio
- SPM/Cambios de humor

**ENDÓCRINO/HORMONAL:**

- Sed excesiva
- Bochornos, sudoración nocturna
- Intolerancia al calor/frío

**HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:**

- Propensión a hematomas
- Glándulas/nódulos linfáticos inflamados

**PIEL:**

- Piel reseca
- Salpullido
- Lesión en la piel nueva/cambiante
- Pérdida de cabello
- Exceso de vello corporal/facial



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Encuesta médica, obstétrica y genética

Gracias por escoger Tepeyac Family Center para su embarazo; nos encantará caminar con usted a través de este momento tan emocionante. Nuestra meta es proporcionarles a usted y a su bebé nonato una atención médica completa y de excelencia. Para poder hacerlo, requerimos evaluar los riesgos de diversas condiciones médicas, desordenes genéticos y enfermedades infecciosas. Sus respuestas, como todo su historial médico, se mantendrán en estricta confidencialidad. Por favor proporcione la información tan exacta y completa como le sea posible, para que podamos proporcionarle la mejor atención.

#### Historial obstétrico y ginecológico

Enliste todos los embarazos anteriores, incluyendo a término, prematuro, aborto espontáneo y aborto.

Primer día de la última regla: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Nombre	Fecha de nacimiento	Semanas de embarazo	Vaginal o cesárea	Anestesia	Horas de labor	Lugar de nacimiento	Peso	Complicaciones y salud
Día de ovulación (si lo sabe): ___/___/___									
Peso antes del embarazo:									

#### Historial médico personal y familiar

Favor de marcar si alguna de estas condiciones aplican a usted o a un miembro de su familia.

Condición	<input type="checkbox"/>	Comentarios	Condición	<input type="checkbox"/>	Comentarios
Alergias (estacionales)			Papanicolao anormal		
Anemia/desorden sanguíneo			Presión sanguínea alta		
Anormalidad reproductiva			Rh-negativo		
Asma/desorden pulmonar			Trauma/accidente previo		
Cardiopatía			Transfusión sanguínea previa		
Depresión			Trastorno sanguíneo		
Otros desórdenes psiquiátricos			Complicaciones de anestesia		
Desorden neurológico			Varicosidad o coágulos sanguíneos		
Desorden tiroideo			Otras condiciones médicas		
Desordenes autoinmunes					
Diabetes (gestacional, otra)			Uso de tabaco y paquetes/día		
Enfermedad hepática			Uso de alcohol y bebidas/día		
Enfermedad renal			Uso de drogas recreativas o intravenosas		
Infertilidad					

### Evaluación genética

Marque si alguna de las siguientes condiciones genéticas aplican a usted, al padre del bebé, o a alguna de sus familias. Proporcione más detalles en la sección de comentarios.

Condición	<input type="checkbox"/>	Comentarios	Condición	<input type="checkbox"/>	Comentarios
Su edad >35 a la fecha del parto	<input type="checkbox"/>		Autismo	<input type="checkbox"/>	
Defecto del tubo neural (ej. Espina bífida)	<input type="checkbox"/>		-- Si sí, ¿les hicieron el examen de X frágil?	<input type="checkbox"/>	
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>		Retraso mental	<input type="checkbox"/>	
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>		-- Si sí, ¿les hicieron el examen de X frágil?	<input type="checkbox"/>	
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>		Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de Tay-Sachs	<input type="checkbox"/>		Enfermedad o rasgos de células falciformes	<input type="checkbox"/>	
Talasemia	<input type="checkbox"/>		Otros desórdenes genéticos	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de Canavan	<input type="checkbox"/>		Desorden metabólico materno (ej. PKU/Fenilcetonuria)	<input type="checkbox"/>	
Hemofilia o enfermedad hematológica	<input type="checkbox"/>		3 o más mortinatos o abortos espontáneos	<input type="checkbox"/>	
Corea de Huntington	<input type="checkbox"/>		Otros defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	

### Exposición a enfermedades infecciosas

	Si / No	Comentarios
¿Usted o su pareja son VIH positivos? - ¿Han usado drogas intravenosas alguna vez? - ¿Han tenido alguna otra pareja en los últimos 5 años? - ¿Alguno de los dos ha tenido contacto sexual con hombres que tiene sexo con hombres?	S / N S / N S / N S / N	
Usted o su pareja han tenido herpes genital?	S / N	
¿Alguna vez ha estado expuesta a la tuberculosis? - ¿Ha vivido con alguien con tuberculosis? - ¿Ha vivido en algún país con altos índices de tuberculosis? - ¿Ha vivido en algún hogar comunal, albergue o prisión?	S / N S / N S / N S / N	
Ha tenido algún salpullido o enfermedad viral desde su última regla?	S / N	
Alguna vez le han diagnosticado o ha sido tratada contra alguna infección de transmisión sexual? (ej. clamidia, gonorrea, sífilis)	S / N	
¿Alguna vez ha tenido varicela? - Si no, ¿ha sido vacunada?	S / N S / N	
¿Anteriormente ha sido diagnosticada con alguna otra enfermedad infecciosa?	S / N	
¿Tiene o está en contacto regular con algún gato?	S / N	

## Notificación de recepción de las Prácticas de privacidad

He recibido y revisado una copia de la “Notificación de prácticas de privacidad” de Tepeyac OB/GYN, ya sea en línea en [www.tepeyacobgyn.com](http://www.tepeyacobgyn.com) o me proporcionaron una en la oficina de Tepeyac. La notificación proporciona información acerca del uso y divulgación de mi información protegida de salud por parte de Tepeyac, de mis derechos individuales y de las obligaciones de El Consultorio con respecto a mi información protegida de salud.

Estoy consciente de que Tepeyac OB/GYN se reserva el derecho de cambiar los términos de su “Notificación de privacidad” y de hacer efectivas las nuevas versiones para toda la información protegida de salud que resguarda, y que puedo obtener la Notificación de privacidad actual de Tepeyac OB/GYN solicitándola a Tepeyac OB/GYN y a través de su sitio web.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Si quien firma no es el paciente, escriba su nombre y su relación: \_\_\_\_\_

## Autorización HIPAA: Divulgación financiera y de salud

### Personas autorizadas para recibir información:

Nombre:	¿Contacto de emergencia?	Relación con el paciente:	Número telefónico:	Información autorizada: (ej. Solo lo médico, solo lo financiero, solo contacto de)

Si, inscribame en el Portal del paciente de Tepeyac. Correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Autorizo para que Tepeyac OB/GYN deje mensajes detallados acerca de temas de mi salud o resultados de mis exámenes en mi máquina contestadora, correo de voz, o mensajes de texto vinculados a los siguientes números:

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Estoy consciente de que la información anterior permanecerá en efecto durante un año a partir de esta fecha, y que yo puedo revocar esta(s) autorización(es) en cualquier momento (excepto por acciones que ya se hayan llevado a cabo de acuerdo con esta[s] autorización[es] firmadas), notificando por escrito a Tepeyac OB/GYN.

Reconozco que puedo rehusarme a firmar esta autorización, y que mi negativa no afectará mis posibilidades de obtener tratamiento.

Comprendo que puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o revelada bajo este acuerdo a terceros que, de otra manera, no tendrían derecho de usarla o ----- para pagos, tratamientos u operaciones de Tepeyac, o de cualquier otra manera descrita en la “Notificación de prácticas de privacidad”.

Comprendo que si la persona u organización que recibe la información no es un proveedor de servicios de salud, plan de salud de Tepeyac cubierto por las normas de privacidad, la información arriba descrita podría volverse a divulgar y ya no estaría protegida por estas normas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_



# Tepeyac OB/GYN

Something More Than Medicine™

## Divulgación de expedientes médicos A Tepeyac OB/GYN

Tenga en cuenta que el proceso para la divulgación de expedientes médicos requiere de cinco a diez días hábiles.

A través de la presente autorizo que se divulguen mis expedientes médicos a:

Tepeyac OB/GYN  
4001 Fair Ridge Dr., Ste. 304  
Fairfax, VA 22033  
Phone: 703-273-9440 Fax: 703-273-9445

- Todos los registros    Reportes de ultrasonidos/Rayos X    Reportes prenatales    Resumen de alta  
 Reportes operativos    Reportes de laboratorio    Otros: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Firma del paciente o tutor legal:		

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Solicitud de requisición de historial a:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Teléfono	Fax:		

Para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud, favor de completar la forma con la información correcta. Llame a la oficina de su médico anterior y obtenga su dirección y número de fax, si no los tiene.

**AL PROVEEDOR:** La información sobre atención médica protegida relativa a la salud de una persona es personal y sensible; usted, como el receptor, está obligado a resguardarla de manera segura y confidencial. Está prohibido revelar la información sin el consentimiento del paciente o como lo permita la ley. La revelación no autorizada o la falla en mantener su confidencialidad puede resultar en las sanciones descritas en leyes estatales y federales.





# Tepeyac OB/GYN

Something More Than Medicine™

Notificación al paciente de la Notificación de prácticas de privacidad de  
Tepeyac OB/GYN vigentes a partir de agosto 1, 2014  
4001 Fair Ridge Drive Suite 304, Fairfax, VA 22033  
Teléfono: (703) 273-9440 Fax: (703) 934-9445  
[www.tepeyacobgyn.com](http://www.tepeyacobgyn.com)

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEALA CON DETENIMIENTO.**

Para nosotros es muy importante salvaguardar la privacidad de su información de salud como indica el Acta de accesibilidad y portabilidad de seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), las Regulaciones de seguridad y privacidad de HIPAA y otras leyes estatales y federales. Mantenemos privada su información financiera y de salud, como requieren la ley y nuestra reglas. Esta notificación explica cuales son sus derechos, nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad. La ley nos obliga a proporcionar esta notificación y a seguir las responsabilidades y prácticas que en ella se describen. Le haremos saber a la brevedad en caso de que ocurriese una violación que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información. No utilizaremos o compartiremos información de manera distinta a la que aquí se describe, en cuyo caso usted deberá informarnos por escrito de cualquier cambio para detener la divulgación de su información de salud. La información divulgada con anterioridad a la revocación de su autorización no será regresada y no se verá afectada ninguna acción realizada basada en la autorización previa.

Favor de leer esta notificación con detenimiento y firmar la forma de constancia.

Puede contactarnos para abordar cualquier pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información financiera o de salud que nos sea proporcionada. Si cree que se ha violado su privacidad, puede contactarnos para expresar sus inquietudes o presentar una denuncia. Por favor contacte al Oficial de Privacidad de Tepeyac OB/GYN, Lynda Rozell al teléfono 703-273-9440, [www.tepeyacobgyn.com](http://www.tepeyacobgyn.com), o 4001 Fair Ridge Drive, Fairfax, VA 22033. También puede presentar su denuncia al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se le penalizará ni habrá represalias contra usted por presentar una denuncia o expresar alguna inquietud acerca de la privacidad de sus datos.

Podremos cambiar esta notificación en cualquier momento. Los cambios aplicarán a la información de salud protegida que ya tengamos acerca de usted, y a cualquier información que obtengamos en el futuro. Debemos notificarle de cualquier cambio a nuestra notificación de privacidad y dar seguimiento a la notificación vigente. Podremos informarle de los cambios poniendo la notificación de privacidad actualizada en nuestros sitios Web, publicando un resumen en la sala de espera de nuestro consultorio y proporcionándole copias a su solicitud.

## **Su información protegida de salud**

Su información protegida de salud (a veces abreviada IPS) es la información que le identifica o que puede ser utilizada para identificarle; que usted ha proporcionado o ha sido creada o recibida por un proveedor de servicios de salud, un plan de salud, su empleador, o un centro de información de salud; y que se refiere a su condición o salud mental o física, le provee servicios de salud o paga los servicios de salud que le son provistos.

Como recopilamos otra información acerca de usted: Tepeyac OB/GYN (Tepeyac) y sus empleados obtienen información a través de diversos medios, incluidos, pero no limitados a, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos, correos de voz, y a través de las solicitudes presentadas, ya sea requeridas por ley o necesarias para el procesamiento de solicitudes, u otras solicitudes de asistencia a través de nuestra organización.

Lo que no hacemos con su información: La información de su situación financiera, condiciones médicas y de atención que usted nos proporcione por escrito, a través de correo electrónico, teléfono (incluida la información dejada en correos de voz), contenido de solicitudes o que nos haya dado directa o indirectamente, sera mantenida en la más estricta confidencialidad. Nosotros no damos, intercambiamos, canjeamos, rentamos, vendemos, prestamos ni diseminamos información de los pacientes acerca de solicitantes o clientes que soliciten o reciban nuestros servicios, la cual sea considerada confidencial de los pacientes, esté restringida por ley o ha sido restringida por un paciente/cliente por escrito, y aceptado por nosotros.

Cómo sí usamos su información: La información es utilizada solamente cuando sea razonablemente necesaria para procesar su solicitud de atención o para proporcionar a sus servicios de salud o asesoría, que pudiesen requerir comunicación entre Tepeyac y proveedores de servicios de salud, proveedores de productos o servicios médicos, farmacias, compañías de seguros y otros proveedores necesarios; o para obtener el pago de productos y servicios, así como cualquier otro uso permitido por la ley.

Su información protegida de salud podría ser recolectada, usada y compartida sin su autorización escrita.

- Para tratarle y cuidarle, incluyendo consultar con otros profesionales médicos que le estén tratando y contactando para proporcionar recordatorios de citas;
- Para el manejo de Tepeyac, incluyendo mejorar su atención a través de evaluaciones, exámenes, entrenamiento, planeación de negocios, servicio al cliente, resolución de reclamos, evaluación y certificación de credenciales médicas, y otras actividades administrativas;
- Para obtener pago de usted, su compañía de seguros o cualquier otro responsable del pago de los servicios que le otorguemos a usted.

Bajo las condiciones especificadas, podremos utilizar y compartir parte de su información protegida de salud de distintas maneras sin su autorización escrita:

- Para la salud pública, abuso o negligencia y vigilancia médica, tal como alertar a una persona que pudiese estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad, reportar posible abuso, negligencia, violencia doméstica, y prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad de alguna persona;
- Para cumplir con la ley, con las autoridades policiales —como requiere la ley—, para reclamos de compensaciones, con agencias de vigilancia de salud por actividades autorizadas por la ley, y para funciones especiales del gobierno autorizadas por la ley, tales como al personal de asistencia pública o personal de seguridad nacional o para propósitos de seguridad nacional;
- Para auxiliar a un médico forense o director funerario, cuando sea necesario identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte;
- Para responder las solicitudes de donación de órganos o tejido;
- Para procedimientos judiciales y administrativos derivados de una orden judicial, orden administrativa o citatorio;
- Para ciertas investigaciones en salud, siempre y cuando se hayan establecido otras precauciones para salvaguardar su información;
- Con amigos y familia, si la información es relevante por su involucramiento su atención médica o el pago de su atención médica, a menos de que usted haya solicitado lo contrario por escrito;
- En una emergencia, cuando usted no pueda ser contactado/a o no responda, podremos revelar su información protegida de salud a un miembro de su familia, amigo u otra persona si, en la opinión profesional de su médico, revelar esta información le beneficia a usted;
- Por cualquier otro motivo en donde la ley requiera su divulgación.

Comunicados de recaudación de fondos: Podremos utilizar información limitada de salud para contactarle, ya sea directamente o vía Divine Mercy Care, para recaudar fondos para Tepeyac, a menos de que usted opte por ser excluido(a) y nos solicite que no le contactemos para recaudar fondos. En cualquier momento en que reciba un comunicado de recaudación, puede optar por ser excluido(a) a través de del formato “Fundraising OptOut” en la liga dela parte inferior del comunicado. Si opta por ser excluido(a) puede optar por ser incluido(a) notificándonos por escrito que en el futuro desea recibir los comunicados de recaudación.

Usos y divulgaciones que requieren de su autorización previa por escrito: La Regla de Privacidad requiere que le informemos que los siguientes usos y divulgaciones de su IPS se harán únicamente bajo su previa autorización por escrito y que usted podrá revocar dicha autorización: casi todos los usos y divulgaciones de notas the psicoterapia (actualmente no registradas por proveedores de Tepeyac, por lo que no aplican en este momento); usos y divulgaciones con propósitos de mercadotecnia (actualmente no tenemos pensado hacer ninguna); divulgaciones que constituyeran una venta de su IPS (actualmente no tenemos planes para ninguna); y otros usos o divulgaciones no descritas en esta Notificación. Si no hemos descrito un uso o

divulgación en esta Notificación, y ese uso o divulgación no es requerido por HIPAA o las leyes estatales aplicables, primero deberemos solicitarle que llene la autorización escrita. La autorización deberá: describir en detalle la información protegida de salud que cubre; identificar a quién será divulgada y cómo será usada; describir cuando será usada o revelada; e incluir la fecha de expiración de la autorización.

### **Sus derechos individuales, concernientes a su información de salud:**

Usted podrá informarnos por escrito que podemos divulgar su información de salud a alguna persona por cualquier razón. Por favor utilice nuestro formato de autorización. Sale ha otorgado poder legal a alguna persona o cuenta con un tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de la información de su atención médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción. Usted puede especificar su método predilecto para que comuniquemos con usted, a través de medios razonables. Usted podrá solicitarnos que enviemos su información personal a una dirección distinta a la de su domicilio, en caso de que enviarla a su domicilio pudiese ponerle en peligro. Debemos darle acceso a su propia información protegida de salud. Usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su información protegida de salud y de solicitar que la corrijamos si considera que algo falta o es incorrecto. Proporcionaremos una copia o resumen de su información dentro de los siguientes 15 días a su solicitud. Podremos cargar una tarifa razonable por los registros médicos. Podrá enviarnos una solicitud por escrito para solicitar que no utilicemos su información protegida de salud para tratamiento, pago u otras actividades de operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus solicitudes y podríamos rehusarnos a cumplir con una solicitud si creyéramos que ésta afectaría su atención médica. Si paga algún servicio directamente, podrá solicitarnos que no compartamos la información de ese servicio por motivos de pago o de nuestras operaciones con su proveedor de seguros. Estaremos de acuerdo a menos de que la ley nos requiera que compartamos dicha información. Podrá enviarnos un escrito solicitando una lista de algunas divulgaciones que hayamos hecho de su información protegida de salud, que no sean divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y de divulgaciones solicitadas por usted. Proporcionaremos un listado gratuito al año, pero cargaremos una tarifa razonable basada en costos si es que usted solicitase otro listado dentro de los siguientes 12 meses. Usted tiene el derecho de recibir una nueva copia de esta Notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento. Aún cuando esté de acuerdo en recibir esta notificación por medios electrónicos, usted tiene derecho a tener una copia en papel.

Programa MERCY: Ofrecemos el programa MERCY de asistencia financiera de escala variable, que puede proporcionar descuentos de entre 40 y 100 por ciento —dependiendo del número de integrantes en la familia, sus bienes, su ingreso, y los fondos disponibles— a pacientes que pagan sus propios servicios. Para más información, contacte a nuestro Departamento de Facturación. Si solicita, o intenta solicitar el beneficio de esta asistencia a través de nosotros y proporciona información con la intención o propósito de cometer fraude o que resulte en un fraude por cualquier razón que incluyan actos de negligencia intencional o no intencional, o que de cualquier forma demuestre o indique un intento de fraude, su información no médica podrá ser proporcionada a las autoridades legales, incluyendo a la policía, investigadores, la corte, y/o abogados u otros profesionales legales, así como cualquier otra información permitida por la ley.

Información que no recolectamos: En nuestro sitio Web no usamos “cookies” para recolectar datos de los visitantes a nuestro sitio, excepto por el contador de visitas en la página principal ([www.tfc.portalforpatients.com](http://www.tfc.portalforpatients.com)) que simplemente registra el número de visitantes, y ningún otro dato. Sí utilizamos algunos programas afiliados que podrían o no capturar datos de tráfico a través de nuestro sitio. Para evitar cualquier potencial captura de otros sitios que haya visitado, simplemente no haga clic en ninguna de las ligas de nuestros afiliados.

Derecho limitado de uso de información personal no identificable de biografías, cargas, notas y otras fuentes: Cualesquier fotografías, historias, cartas, biografías, correspondencia o notas de agradecimiento que nos hayan enviado se convierten en propiedad exclusiva de Tepeyac. Nos reservamos el derecho de utilizar información no identificable acerca de nuestros pacientes (aquellos que reciben bienes y servicios de o a través de nosotros) con motivo de recaudación de fondos directamente relacionados con nuestra misión. Los pacientes que nos envíen estos materiales no serán compensados por el uso de esta información, y ninguna información que no sea no identificable (fotografías, direcciones, números telefónicos, información de contacto, apellidos o nombres fácilmente identificables) será usada sin el previo consentimiento expreso del cliente.

Usted puede solicitar específicamente que no se utilice ninguna información con motivos de recaudación de fondos, pero deberá identificar por escrito cualquier restricción. Respetamos su derecho a la privacidad y le aseguramos que ninguna información identificatoria o fotografías que usted nos envíe será hecha pública sin su consentimiento directo o indirecto.