



Nombre del Paciente: _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal _____

Telefono de la Casa: _____ Telefono Celular: _____

Contacto Primario Telefono de la casa Telefono Celular

Correo Electronico: _____ Doctor Primario: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Los últimos 4 # del S.S _____

Empleador: _____ Telefono del Trabajo: _____

Raza: Hispano Americano Africano Asiatico No deseo contestar Otro _____

Nacionalidad: Hispano/Latino No Hispano o Latino No deseo contestar Otro _____

A quien podemos contactar en caso de emergencia? Nombre: _____

Relacion al paciente: _____ Telefono primario: _____

Política de práctica: Todos los pagos vencen en el momento de la prestación de los servicios. Esta práctica tiene una obligación legal con las compañías de seguros con las que estamos contratados de cobrar copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio. Una vez que un saldo alcanza los 90 días de antigüedad sin pago, el saldo puede transferirse a un tercero para cobros adicionales u otras acciones. Nuestra oficina obtendrá sus beneficios de seguro; sin embargo, es su responsabilidad conocer sus beneficios según su contrato con su compañía de seguros de salud. Es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina nueva información de seguro antes de su cita para evitar tiempos de espera innecesarios. Habrá un cargo por completar formularios que requirieron más de una firma y \$ 15.00 por escribir cartas cada vez que se brinden estos servicios. Cualquier solicitud de receta que la oficina reciba después de las 12 p.m. los viernes se volverá a surtir el lunes siguiente. **Todas las recargas de medicina deben hacerse antes del viernes al mediodía.**

Cancelar / Cambiar una Cita: Si no puede asistir a su cita, notifique a nuestra oficina con al menos veinticuatro horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita. Su cortesía permitirá a otros pacientes que buscan tratamientos médicos la opción de usar su horario de cita programado A los pacientes se les cobrará \$ 50.00 por citas perdidas a menos que la cita se canceló con 24 o más horas de anticipación.

Informacion del Seguro

Seguro Primario: _____ Numero de Telefono _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____ ID del Seguro: _____ Grupo# _____

Direccion del Seguro: _____

Seguro Secundario: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion del paciente con el asegurado: _____ ID del Seguro: _____ Grupo # _____

Direccion del Seguro: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Peso _____ Altura _____

Motivo de la visita /Problema actual _____

¿Alergias a medicamentos? Si No

En caso afirmativo, ¿qué? _____

Historial médico pasado: _____

Historial Médico Quirúrgico: _____

Antecedentes familiares: _____

Historial Social:

¿Fumador? Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

Cantidad: _____

¿Alcohol? Si No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

¿Uso de drogas recreativas? Si No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

Nombre de Farmacia: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Código postal: _____ # Teléfono: _____

Consentimiento para fines de tratamiento, pago, atención médica y aviso de prácticas de privacidad

Consentimiento con fines de Tratamiento, Pago, Atención Médica y Aviso de Prácticas de Privacidad, Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por parte del Centro de Neurofisiología, con el propósito de diagnosticarme o proporcionarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mí por Rafael M. Rodríguez, M.D. puede estar condicionado a mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se usa o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de las prácticas. Centro de Neurofisiología, no está obligado a aceptar las restricciones que pueda solicitar. Sin embargo, si el Centro de Neurofisiología, acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante entre el Centro de Neurofisiología y

(Escribe el nombre del paciente aquí)

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Rafael M. Rodríguez, M.D., o Centro de Neurofisiología, haya tomado medidas en base al consentimiento. Mi "Información de salud protegida" significa información de salud, incluida mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de intercambio de información de atención médica. Esta información de salud protegida se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura y me identifica o hay una base razonable para creer que la información puede identificarme. Entiendo que tengo derecho a revisar el Centro de Neurofisiología, Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible para mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis reclamos médicos o en la realización de operaciones de atención médica de Centro Neurofisiología. El Aviso de Prácticas de Privacidad para el Centro de Neurofisiología también está disponible en la recepción de la clínica. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes del Centro de Neurofisiología con respecto a mi información de salud protegida. El Centro de Neurofisiología se reserva el derecho de cambiar las Prácticas de Privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Paciente o Representante

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

Estoy dando autorización al Centro de Neurofisiología para divulgar mi información médica y de seguros a la(s) persona(s) siguiente(s).

persona(s) a la(s) a quien se puede divulgar información

Firma del paciente o representante

Fecha

POLÍTICAS DE OFICINA Y COBRANZA

VISITAS AL CONSULTORIO

Le solicitamos que haga citas para todas sus visitas y esté al tanto de las horas de oficina. Nuestra filosofía es brindarle la más alta calidad de atención. Sabemos que tu tiempo es tan valioso como el nuestro y hacemos todo lo posible para mantener nuestro horario a tiempo. Por favor, notifíquenos con anticipación si no puede asistir a su cita. Las citas no canceladas al menos tres horas antes de la hora programada de la cita pueden estar sujetas a una tarifa de cancelación de \$ 50.00 para visitas al consultorio. Se tendrán en cuenta las circunstancias atenuantes. Habrá un cargo de \$ 25.00 por cada página por completar formularios que requieren más que una firma. \$15.00 por escribir cartas cada vez que se prestan estos servicios.

Siempre traiga una lista actualizada de todos sus medicamentos con dosis exactas a cada visita al consultorio.

Horario de oficina

Lunes- Viernes 8:30am-3:30pm (No cerramos para el almuerzo)

Llamadas telefónicas

Nuestro personal de oficina estará encantado de responder a sus preguntas sobre la política y la programación de la oficina. La pregunta médica será referida a uno de nuestros proveedores. Las consultas telefónicas prolongadas o las llamadas después de la hora y los fines de semana que resulten en tratamiento telefónico, se pueden facturar una tarifa de consulta telefónica.

Solicitud de farmacia no urgente

Es muy importante que los medicamentos recetados se renueven de manera oportuna. Operamos un buzón de correo de voz las 24 horas para que nuestros pacientes dejen una solicitud de renovación de recetas no urgente. Las solicitudes de recetas se recuperan dos veces al día durante los días laborables. Nuestra política es completar su solicitud llamando a su farmacia dentro de las 24 horas posteriores a la publicación del mensaje.

Cualquier receta solicitada después de las 12 p.m. del viernes se volverá a surtir el lunes siguiente.

Llamadas fuera de horario

Todos los asuntos de rutina deben manejarse durante las horas regulares de oficina. Sin embargo, un médico de nuestro grupo de llamadas puede ser contactado en todo momento. Si cree que su situación es crítica, siempre vaya a una sala de emergencias donde recibirá asistencia. De lo contrario, llame a nuestra oficina primero antes de ir a la sala de emergencias; muchos problemas se pueden manejar por teléfono.

Privacidad y Seguridad

El Centro de Neurofisiología tiene toda la información relativa a la atención y tratamiento de nuestros pacientes en la más estricta confianza. Toda la información en los registros médicos del paciente se mantiene con el máximo cuidado y respeto para preservar la privacidad y la confidencialidad. El Centro de Neurofisiología cumple plenamente con los requisitos HIPPA del mandato del Gobierno Federal para la confidencialidad del paciente y la privacidad de la información de atención médica. Como paciente nuevo, se le pedirá que revise y acuse recibo de nuestro Aviso de práctica de privacidad de HIPPA que describe las circunstancias por las cuales podemos divulgar información médica protegida sin autorización. Solo un paciente puede proporcionar la autorización para divulgar los registros necesarios para que el Centro de Neurofisiología revele la salud protegida. Como paciente nuevo, se le pedirá que revise y acuse recibo de nuestro Aviso de práctica de privacidad de HIPPA que describe las circunstancias por las cuales podemos divulgar información médica protegida sin autorización. Solo un paciente puede proporcionar la autorización para divulgar los registros necesarios para que el Centro de Neurofisiología revele la salud protegida.

Política de Cobranza

Todos los pagos vencen en el momento de la prestación de los servicios. El Dr. Rodríguez y los Proveedores del Centro de Neurofisiología tienen la obligación legal con las compañías de seguros con las que están contratados de cobrar copagos, deducibles y coseguros. Una vez que un saldo alcanza los 90 días de antigüedad, independientemente del pago recibido, puede transferirse a un tercero para cobros adicionales u otras acciones.

He leído y entiendo las políticas de privacidad y recopilación del Centro de Neurofisiología.

Firma

Nombre impreso

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Reconozco que Centro de Neurofisiología me proporcionó una copia escrita de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

También reconozco que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas y hacer preguntas, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal y relación (si no es paciente)

Fecha

Estoy dando autorización al Centro de Neurofisiología para divulgar mi información médica y de seguro a la(s) persona(s) a continuación.

Persona(s) a quien se puede divulgar información

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal y relación (si no es paciente)

Fecha

AVISO DE LA HIPAA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOMBRE DE LA PRÁCTICA CENTRO DE NEUROFISIOLOGÍA, P. A

Fecha de entrada en vigor 26 de Marzo de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

.Este Aviso se le proporciona de conformidad con la Ley de Portabilidad y Accesibilidad del Seguro Médico de 1996 y sus regulaciones de implementación ("HIPAA"). Está diseñado para decirle cómo podemos, bajo la ley federal, usar o divulgar su Información de Salud. Se ha actualizado a los requisitos de la regla HITECH Omnibus.

I. Sus derechos.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de su Información de Salud. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con todas las solicitudes. Se le permite restringir la transmisión de los cargos de atención médica a su compañía de seguros si paga por esos servicios, en su totalidad, por otros medios. Usted tiene derecho a recibir su Información de Salud a través de medios confidenciales y de una manera que sea razonablemente conveniente para usted y para nosotros. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su Información de Salud. Puede solicitar sus registros en formato digital y enviar sus registros digitalmente a otro proveedor con autorización por escrito.

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su Información de Salud que sea incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información de salud y le proporcionaremos información sobre nuestra denegación y cómo puede estar en desacuerdo con la denegación.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su Información de Salud hechas por nosotros, excepto que no tenemos que tener en cuenta las divulgaciones: autorizada por usted; para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica; se le proporcionó; en respuesta a una Autorización; hecho con el fin de notificar y comunicarse con los miembros de la familia aprobados; y/o para ciertas funciones gubernamentales, por nombrar algunas.

Se le ha proporcionado una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si desea tener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento de la HIPAA al 813-653-2775

II. Podemos usar o divulgar su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin obtener su autorización previa y aquí hay un ejemplo de cada uno: Podemos proporcionar su información médica a otros profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeras y técnicos, con el fin de proporcionarle atención. Nuestro departamento de facturación puede acceder a su información y enviar partes relevantes a las compañías de seguros para permitirnos que se nos paguen por los servicios que le prestamos.

Podemos acceder o enviar su información a nuestros abogados o contadores en caso de que necesitemos la información para abordar una de nuestras propias funciones comerciales. Nuestros abogados y contadores están obligados a mantener la confidencialidad cuando reciben información del paciente.

III. También podemos usar o divulgar su información médica bajo ciertas circunstancias sin obtener su autorización previa. Sin embargo, en general, intentaremos asegurarnos de que se le haya informado del uso o divulgación de su Información de salud antes de proporcionarla a otra persona. Algunos casos en los que es posible que necesitemos divulgar información incluyen pero no se limitan a

Notificar y/o comunicarse con su familia. Solo nos comunicaremos con los miembros de la familia con los que estamos autorizados a comunicarnos en función de la finalización del formulario de autorización para divulgar información médica a familiares y amigos. Según lo requerido por la ley.

Para actividades de supervisión de la salud. Podemos usar o divulgar su Información de Salud a agencias de supervisión de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, certificaciones y otros procedimientos.

En Respuesta a citaciones civiles o para procedimientos administrativos judiciales. Podemos usar o divulgar su Información de Salud, según lo indicado, en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial civil. Al personal de aplicación de la ley. Podemos usar o divulgar su Información de Salud a un oficial de la ley para cumplir con una orden judicial o una citación del gran jurado y otros propósitos de aplicación de la ley.

Para fines de donación de órganos. Podemos usar o divulgar su Información de Salud con fines de comunicación a organizaciones involucradas en la adquisición, banca o trasplante de órganos y tejidos.

Para la Compensación al Trabajador. Podemos usar o divulgar su Información de Salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores

IV. Para todas las demás circunstancias, solo podemos usar o divulgar su información médica después de haber firmado una autorización. Si nos autoriza a usar o divulgar su Información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

Recaudación. Si nuestra práctica utiliza la información del paciente para la recaudación de fondos, informaremos a las personas que tienen el derecho de optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos y explicar ese proceso. Usted tiene la capacidad de volver a participar con aviso por escrito.

- Marketing. Si nuestra práctica utiliza la información del paciente con fines de marketing, primero obtendremos su autorización por escrito y explicaremos completamente los usos y divulgaciones de la PHI con fines de marketing, y las divulgaciones que constituyan una venta de PHI requerirán una autorización por escrito separada.
- Uso o Divulgación de Notas de Psicoterapia. Se requiere autorización por escrito si nuestra práctica tiene la intención de usar o divulgar notas de psicoterapia.
- Aviso de incumplimiento. Todos los pacientes serán informados si hay una violación, según lo definido por las reglas federales, de su información de salud protegida no segura según lo requieran las regulaciones de la HIPAA.

Derecho a solicitar restricciones para divulgaciones relacionadas con el autoa pago. Nuestra práctica es necesaria para cumplir con una solicitud de no revelar información de salud a un plan de salud para el tratamiento cuando la persona ha pagado en su totalidad de su bolsillo por un artículo o servicio de atención médica y firmó nuestro "Formulario de Seguro no presentar".

V. Se le debe avisar que también podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos: Recordatorios de citas. Podemos usar su Información de Salud para contactar con usted para proporcionar recordatorios de citas o para dar información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cambio de propiedad. En el caso de que nuestro negocio se venda o se fusione con otra organización, su información de salud / registro se convertirá en propiedad del nuevo propietario.

Intercambio Electrónico. Su información puede ser compartida con otros proveedores, laboratorios y grupos de radiología a través de nuestro sistema EMR/EHR como se indica a continuación:

1) (PROVEEDOR A LISTA) Intercambio Electrónico #1

2) (PROVEEDOR A LISTA) Intercambio Electrónico #2

VI. Nuestros deberes.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle una copia de este Aviso.

También estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso.

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento en el futuro y de hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean aplicables a toda su Información de Salud, incluso si fue creada antes del cambio en el Aviso. Si se realiza alguna modificación de este tipo que cambie sustancialmente este Aviso, le enviaremos otra copia.

VII. Quejas a nuestra Práctica y al Gobierno.

Usted puede presentar quejas a nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos ("DHHS") si cree que sus derechos han sido violados.

Revisaremos todas las quejas de manera profesional y le mantendremos informado de sus derechos como nuestro paciente.

Nos comprometemos a no tomar represalias contra usted por cualquier queja que haga sobre nuestras prácticas de privacidad.

VIII. Información de contacto.

Puede ponerse en contacto con nosotros sobre nuestras prácticas de privacidad o presentar una queja llamando a nuestro Oficial de Privacidad: MARIA MICHELL al 813-653-2775.

Puede comunicarse con el DHHS en: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S. W.,

Washington, D.C. 20201, Teléfono: 202-619-0257, Número gratuito: 1-877-696-6775