

# Práctica: Medical Partners of Nevada

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:**  M  F **Estado Civil:**  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a **SS#:** \_\_\_\_\_  
**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Esposo/a o Pareja Doméstica:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Raza:** \_\_\_\_\_  **prefiero no contestar**  **no sé**  
*(blanco/a, indio/a americano/a, asiático, negro/a, hawaiano/a, hispano/a, etc.)*

**Lenguaje Preferido:** \_\_\_\_\_  **prefiero no contestar**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ ¿Es usted el asegurado?  Si  No

## Información del Asegurado

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado:  Esposo/a  Hijo/a  Asegurado  Otro  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ ¿Es usted él asegurado?  Si  No

## Información del Asegurado

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado:  Esposo/a  Hijo/a  Asegurado  Otro  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

¿Como supo de esta oficina?  Proveedor  Internet  Libro Telefónico  Familiar  Amistad  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de la visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? 1 2 3 4 5 6 7  días  semanas  meses  años

¿Qué tratamientos ha probado y han sido efectivos? \_\_\_\_\_

En la escala de 1-10 (1 no tiene dolor y 10 tiene mucho dolor) ¿cual es su nivel de dolor? \_\_\_\_/10

Que tipo de dolor tiene:  que quema  constante  sordo  agudo  punzante  fugaz  hormigueo  otro: \_\_\_\_\_

## PORFAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

\_\_\_\_\_(Firma del Paciente)

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

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

**Historial Médico:**  Alcoholismo  Desórdenes sanguíneos  Problemas circulatorios  
 Enfermedad del hígado  Apnea del sueño  Gota  Alergias  Musculo esquelético

Problemas respiratorios

Soplo  Estómago/intestino  Depresión  Ansiedad  Enfermedad del corazón  Asma  
 Coágulos  Colesterol alto  Presión alta  Enfermedad mental  Enfermedad del riñón  
 Neuropatía (especifique) \_\_\_\_\_  Enfermedad de la tiroides (especifique) \_\_\_\_\_  Diabetes (tipo 1, tipo 2)  
 Artritis (especifique) \_\_\_\_\_  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Enfermedades de la piel (especifique) \_\_\_\_\_

¿Está esperando?  Si  No      ¿Está dando de mamar?  Yes  No

### Cirugías

¿Ha tenido alguna vez una cirugía?  Si  No

Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

### Historia Social

¿Fuma?  Sí  No Si es así, ¿cuántos paquetes fuma al día?  1  2  3  4  5 ¿Por cuanto tiempo?

¿Toma alcohol?  Sí, todos los días (5-7 días/semana)  Sí, ocasionalmente/socialmente  No/Rara vez

¿Abuso de drogas?  Sí, tengo un problema con abuso de drogas. Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 Sí En el pasado tuve problema de abuso de drogas. Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 No, nunca he tenido problema de abuso de drogas.

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_ Su posición principal es  parado o  sentado

¿Hace ejercicios regularmente?  Sí, hago el siguiente ejercicio: \_\_\_\_\_  
 No, hago ejercicios regularmente

### Historial Familiar

Hay historial en la familia de: (Por favor indique el miembro de la familia)

<input type="checkbox"/> Alzheimer	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Hemorragias	_____	<input type="checkbox"/> Enfisema	_____
<input type="checkbox"/> Coágulos	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Presión alta	_____
<input type="checkbox"/> Cataratas	_____	<input type="checkbox"/> Neurológico	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación	_____	<input type="checkbox"/> Embolia	_____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	_____		

### Revisión de Sistemas (Por favor marque la caja si actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas)

<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> dolor de pierna cuando camina	<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> dolor de pecho/presión	<input type="checkbox"/> hinchazón de pierna	<input type="checkbox"/> manos/pies fríos
	<input type="checkbox"/> desmayo	<input type="checkbox"/> palpitaciones	<input type="checkbox"/> enfermedad vascular	<input type="checkbox"/> problema de válvulas	
<b>Genitourinario</b>	<input type="checkbox"/> sangre en la orina	<input type="checkbox"/> dificultad de orinar	<input type="checkbox"/> incontinencia	<input type="checkbox"/> incremento en la urgencia	
	<input type="checkbox"/> menos frecuencia	<input type="checkbox"/> orinar excesivo	<input type="checkbox"/> enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/> cálculo renal/piedras en el riñón	
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> dolor abdominal	<input type="checkbox"/> reflujo	<input type="checkbox"/> sangre en las heces	<input type="checkbox"/> vómitos	<input type="checkbox"/> úlceras
	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> dificultad de tragar	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> incremento de apetito	<input type="checkbox"/> disminución de apetito
<b>Integumentario</b>	<input type="checkbox"/> pie de atleta	<input type="checkbox"/> problemas de uña	<input type="checkbox"/> keloides	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> piel seca, escamosa
<b>Hematológico</b>	<input type="checkbox"/> úlceras de pierna inferior	<input type="checkbox"/> anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> anticoagulantes	<input type="checkbox"/> problemas de coagulación
<b>Neurológico</b>	<input type="checkbox"/> hormigueo	<input type="checkbox"/> debilidad	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza
	<input type="checkbox"/> temblores	<input type="checkbox"/> parálisis			
<b>Musculoskeletal</b>	<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> hinchazón de articulaciones		<input type="checkbox"/> debilidad de músculos	
	<input type="checkbox"/> dolor de músculos	<input type="checkbox"/> dolor de cuello	<input type="checkbox"/> sciática	<input type="checkbox"/> rigidez articular	<input type="checkbox"/> dolor de articulación
	<input type="checkbox"/> inestabilidad de articulación		<input type="checkbox"/> artritis		
<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> silbido	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> roncar
	<input type="checkbox"/> dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> enfisema			

### POR FAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

# Práctica: Medical Partners of Nevada

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

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

## Preferencias de información sobre la privacidad

¿Se puede dejar un mensaje de voz en el contestador automático?  Si  No

¿Permitirá recordatorios por Internet, como el correo electrónico?  Si  No

¿Con quién podemos dejar mensajes?  Esposa  Esposo  Hija  Hijo

Otro: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales**  Ninguno

Tomo estos medicamentos recetados o de venta libre:

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

Use la parte de atrás de este documento si necesita espacio

## Alergias

## Reacciones

Ninguna alergia

Penicilina \_\_\_\_\_

Mariscos \_\_\_\_\_

Sulfa \_\_\_\_\_

Cinta \_\_\_\_\_

Latex \_\_\_\_\_

Betadine (*iodo*) \_\_\_\_\_

Aspirina \_\_\_\_\_

Tylenol™ \_\_\_\_\_

Ibuprofen \_\_\_\_\_

Codeína \_\_\_\_\_

Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

### POR FAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

## Medical Release Form

### Authorization for the Release of Protected Health Information (PHI)

Patient Name (Last, First, Middle): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Contact Phone Number(s): \_\_\_\_\_

**I hereby authorize the following entity to release all medical records below to:**

**MEDICAL PARTNERS OF NEVADA  
4020 E RUSSELL RD, LV NV 89120  
ATT: ADMINISTRATION  
TEL:(702)780-1313 FAX (702)476-9073**

Entity Possessing the PHI: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Phone Number(s): \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**I understand that:**

- I may refuse to sign this authorization and it is strictly voluntary.
- My treatment, payment, enrollment of eligibility of benefits may not be conditioned on signing this authorization.
- I may revoke this authorization at any time in writing to the provider authorized to release the PHI, but if I do, it will not have any effect on any actions taken prior to receiving the revocation.
- If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by Federal Privacy Regulations and may be disclosed.
- I have the right to receive a COPY of this form after I sign it.
- I will receive a photocopy only of my medical record and that the original will remain with Medical Partners of Nevada.

Signature of Patient or Patient's Representative (if applicable): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient and Description of Authority to Act: \_\_\_\_\_

### Autorización para divulgar Información Protegida de Salud (PHI siglas en inglés)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(apellido, primer nombre, segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto(s): \_\_\_\_\_

Entidad que posee la PHI: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Entiendo que:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización y es estrictamente voluntaria.
- La firma de esta autorización no puede condicionar mi tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor autorizado a divulgar la PHI, pero si lo hago, no tendré ningún efecto sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación.
- Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médico, es posible que la información divulgada deje de estar protegida por las normas federales de privacidad y pueda ser divulgada.
- Tengo derecho a recibir una COPIA de este formulario después de firmarlo.
- Recibiré sólo una fotocopia de mi expediente médico y que el original permanecerá en Medical Partners of Nevada.

Firma del paciente o su representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente y descripción de la autoridad para actuar: \_\_\_\_\_

# Designación de representante personal

Como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA" siglas en inglés), usted tiene derecho a nominar a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la protección de la información médica que le pertenece. Al completar este formulario, nos informa de su deseo de designar a las personas mencionadas como su "representante personal". Puede revocar esta designación en cualquier momento firmando y fechando la sección de revocación de su copia de este formulario y devolviéndola a esta oficina.

## SECCIÓN DE DESIGNACIÓN:

Yo, \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ por la presente designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes personales con respecto a las decisiones que involucren el uso y/o divulgación de información médica que me pertenece.

**Nombre de representante personal(s)/número de teléfono**

**Relación con el paciente**

---

---

---

---

---

---

La Autoridad de esta persona cuando se desempeña como mi "representante personal" está restringida a las siguientes funciones:

- A esta persona se le otorgarán todos los privilegios que se me otorgarían con respecto a mi información médica.
- Esta persona está restringida a la siguiente información sobre mi atención médica:

---

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento firmando la sección de revocación de mi copia de este formulario y devolviéndola a:

**MEDICAL PARTNERS OF NEVADA  
4020 E RUSSELL RD  
LAS VEGAS NEVADA 89120  
ATT: ADMINISTRATION**

Además, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar o divulgar mi información médica ya hayan actuado basándose en esta designación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## SECCIÓN DE REVOCACIÓN:

Por el presente revoco la designación de \_\_\_\_\_ como mi representante personal.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Responsabilidad por el pago/recepción del aviso de HIPAA/comunicación con el paciente

Entiendo que soy totalmente responsable de todos los honorarios adeudados a Medical Partners of Nevada o cualquier proveedor médico asociado (denominado colectivamente la "Clínica") como resultado de los servicios que he recibido y que todos los honorarios vencen y son pagaderos al momento de servicio a menos que la Clínica acepte la asignación de mis beneficios de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro.

### Si tengo una cobertura de seguro que no sea Medicare:

Entiendo que asignar beneficios a la Clínica y presentar un reclamo de seguro en mi nombre es una cortesía para mí y esto no me exime de mi responsabilidad de pagar los servicios si la compañía de seguros no paga por estos servicios o si los deducibles y / o se adeudan copagos. Entiendo que es posible que mi póliza de seguro no cubra el costo total de los servicios, o que lo considere un servicio no cubierto o médicamente innecesario, o que no tenga beneficios de cobertura para estos servicios. Por lo tanto, acepto ser responsable de los cargos incurridos, así como de mi copago y / o cualquier deducible que no se haya cumplido.

Además, entiendo que cualquier verificación de los beneficios de mi seguro por parte de la Clínica no es una garantía de pago por parte de mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros no paga por los servicios que he recibido, o no paga dentro de los 60 días posteriores al servicio, entiendo que la Clínica me facturará por estos servicios y acepto pagar cualquier monto adeudado dentro de los 10 días posteriores a la recepción de una factura por estos servicios. Además, si se presenta un reclamo en mi nombre como un reclamo no asignado, también seré responsable de la diferencia entre el monto pagado por mi compañía de seguros y el cargo real por ese servicio.

### Si estoy cubierto por Medicare o un plan de salud Medicare Advantage:

Entiendo que seré responsable de mi copago y/o cualquier deducible que no se haya cumplido a través de mi cobertura de Medicare o de cualquier póliza complementaria que también pueda tener. Además, si se presenta un reclamo en mi nombre como reclamo no asignado, también seré responsable de la diferencia entre el monto pagado por Medicare y el cargo real por ese servicio.

Además, entiendo que se me notificará por adelantado mediante un aviso de no cobertura por adelantado para el beneficiario si es probable que Medicare no pague los artículos o servicios. Entonces tendré derecho a tomar una decisión informada sobre si recibir o no los artículos o servicios. Si elijo recibir los artículos o servicios, soy consciente de que seré responsable de pagar dichos artículos o servicios.

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid u otros seguros se realice en mi nombre a la Clínica por cualquier servicio que se me brinde, sujeto a cualquier reglamentación relacionada con la asignación de beneficios. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la Administración del Seguro Social y sus agentes, intermediarios o proveedores, o a cualquier otra fuente de terceros o compañías de seguros y sus agentes cualquier información o documentación necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar de un original y esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

Certifico que la información del seguro proporcionada por mí es actual y precisa a mi leal saber y entender y entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con los términos descritos anteriormente.

**Además, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica.**

**Acepto recibir recordatorios de citas y tratamientos por mensaje de texto y mensajes de voz: SI  NO**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o personal responsable

\_\_\_\_\_  
Relación del paciente

\_\_\_\_\_  
Razón por la cual el paciente no firma (si aplica)



## Consentimiento de tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, busco voluntariamente atención  
(nombre del paciente)

médica, por la presente, doy mi consentimiento para tratamientos médicos, procedimientos, pruebas de laboratorio y otros servicios de atención médica. Entiendo que tengo derecho a rechazar tratamientos o procedimientos específicos. Sin embargo, al firmar a continuación, acepto, en general, permitir pruebas de laboratorio y de diagnóstico, tratamiento médico de rutina (por ejemplo, medicamentos, inyecciones, extracción de sangre para análisis, asesoramiento, pruebas de detección, educación para la salud y otros procedimientos de diagnóstico), procedimientos de emergencia según servicios hospitalarios necesarios y realizados a solicitud del proveedor tratante u otros proveedores que asistan en mi atención.

El proveedor no participa en reclamos de compensación laboral y accidentes automovilísticos; por lo tanto, las notas del proveedor no se pueden utilizar en ningún caso legal.

El consentimiento otorgado será válido y vinculante y los proveedores pueden confiar en esta autorización y aceptar cualquier consentimiento otorgado por el paciente hasta el momento en que el proveedor reciba una notificación por escrito de que la autorización ha sido revocada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **POLIZA DE REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

1. Las solicitudes de reabastecimiento de medicamentos solo se considerarán durante el horario habitual de oficina en la clínica; Lunes Jueves 9:00 a.m. a 5:00 p.m. No se darán recargas fuera del horario de atención, fines de semana o días festivos. Todas las solicitudes de reabastecimiento deben recibirse antes del jueves para poder reabastecerse durante el fin de semana.
2. Las solicitudes de reabastecimiento de medicamentos deben llamarse a su farmacia, quien, a su vez, llamará a nuestra oficina. Espere 48 horas para este procedimiento. No se le dará ningún resurtido de medicamentos si no ha sido visto durante 3 meses. Su proveedor deberá revisar su reabastecimiento y es posible que no se reabastezca hasta que haya sido reevaluado. Es su responsabilidad programar una cita de seguimiento con su proveedor. Esto se hará cumplir estrictamente.
3. Si llama para pedir medicamentos o reabastecimientos fuera del horario habitual de oficina, se le indicará que vaya a la sala de emergencias. Allí, un médico de la sala de emergencias lo evaluará y decidirá si debe o no volver a surtir su medicamento. La póliza del Departamento de Emergencias con respecto al reabastecimiento de medicamentos suele ser muy estricta y no hay garantía de que obtenga su reabastecimiento. Si el Departamento de Emergencias está ocupado, es posible que deba esperar un largo período de tiempo para que lo atiendan.
4. Las solicitudes telefónicas de renovación de recetas se aceptan solo durante el horario comercial habitual. En algunos casos, hay un período de espera de 48 a 72 horas antes de que se vuelvan a surtir las recetas, así que llame a sus surtidos en consecuencia. Somos muy cautelosos a la hora de surtir sus medicamentos demasiado pronto, así que siga sus instrucciones cuidadosamente.

---

Nombre del paciente

---

Fecha de nacimiento

---

Firma del paciente

---

Fecha

**De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, a partir del 14 de abril de 2003, todos los proveedores de atención médica deben proporcionar a sus pacientes una declaración de "Aviso de prácticas de privacidad".**

## **MEDICAL PARTNERS OF NEVADA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Medical Partners of Nevada está obligado, por ley, a mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida y a proporcionar a nuestros pacientes un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida.

### **Divulgación de su información médica**

#### **Tratamiento**

Podemos divulgar su información de atención médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. (ejemplo)

"En ocasiones, puede ser necesario buscar consultas sobre su condición de otros proveedores de atención médica asociados con Medical Partners of Nevada".

"Es nuestra política proporcionar un proveedor de atención médica sustituto, autorizado por Medical Partners of Nevada para brindar evaluación y / o tratamiento a nuestros pacientes, sin previo aviso, en el caso de la ausencia de su proveedor de atención médica primaria debido a vacaciones, enfermedad, u otra situación de emergencia".

#### **Pago**

Podemos divulgar su información médica a su proveedor de seguros con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica. (ejemplo)

"Como cortesía para nuestros pacientes, enviaremos un estado de cuenta detallado a su compañía de seguros con el propósito de pagar a Medical Partners of Nevada por los servicios de atención médica prestados. Si paga personalmente por sus servicios de atención médica, lo haremos, como cortesía, proporcione una facturación detallada a su compañía de seguros con el fin de reembolsarle. El estado de cuenta contiene información médica, incluido el diagnóstico, la fecha de la lesión o afección, y códigos que describen los servicios de atención médica recibidos".

### **Compensación de trabajadores**

Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes estatales de compensación para trabajadores.

### **Emergencias**

Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su atención sobre su afección médica o en caso de una emergencia o de su muerte.

### **Salud pública**

Según lo requiera la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar sobre abuso o negligencia infantil, informar sobre violencia doméstica, informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos y notificación de exposición a enfermedades o infecciones.

### **Procedimientos judiciales y administrativos.**

Podemos divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

### **Cumplimiento de la ley.**

Podemos divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación y otros fines de cumplimiento de la ley.

### **Personas fallecidas.**

Podemos divulgar su información médica a médicos forenses o examinadores médicos.

**Donación de Órganos.**

Podemos divulgar su información médica a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.

**Investigación.**

Podemos divulgar su información médica a investigadores que realicen investigaciones que hayan sido aprobadas por una Junta de Revisión Institucional.

**Seguridad Pública.**

Puede ser necesario divulgar su información médica a las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al público en general.

**Agencias gubernamentales especializadas.**

Podemos divulgar su información médica para fines militares, de seguridad nacional, presos y beneficios gubernamentales.

**Mercadeo.**

Podemos comunicarnos con usted con fines de mercadeo, como se describe a continuación: (ejemplo)

"Como cortesía para nuestros pacientes, es nuestra póliza llamar a su casa la noche anterior a la cita programada para recordarle la hora de su cita. Si no está en casa, dejamos un mensaje recordatorio en su contestador automático o con la persona que conteste el teléfono. No se divulgará información médica personal durante esta grabación o mensaje que no sea la fecha y hora de su cita programada junto con una solicitud para llamar a nuestra oficina si necesita cancelar o reprogramar su cita".

**Cambio de propiedad.**

En el caso de que Medical Partners of Nevada se venda o se fusione con otra organización, su información / registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario.

**Sus derechos de información médica**

- ▶ Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Sin embargo, tenga en cuenta que Medical Partners of Nevada no está obligado a aceptar la restricción que solicitó.
- ▶ Tiene derecho a que su información médica sea recibida o comunicada a través de un método alternativo o enviada a un lugar alternativo que no sea el método habitual de comunicación o entrega, si así lo solicita.
- ▶ Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica.
- ▶ Tiene derecho a solicitar que Medical Partners of Nevada modifique su información médica protegida. Sin embargo, tenga en cuenta que Medical Partners of Nevada no está obligado a aceptar enmendar su información médica protegida. Si su solicitud para enmendar su información médica ha sido denegada, se le proporcionará una explicación de los motivos de nuestra denegación e información sobre cómo puede estar en desacuerdo con la denegación.
- ▶ Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica protegida realizadas por Medical Partners of Nevada.
- ▶ Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento si lo solicita.

**Cambios a este Aviso de prácticas de privacidad**

Medical Partners of Nevada se reserva el derecho de modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y hará que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información que mantiene. Hasta que se realice dicha enmienda, la ley exige que Medical Partners of Nevada cumpla con este Aviso.

La ley exige que Medical Partners of Nevada mantenga la privacidad de su información de salud y le proporcione un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con: Calos Reyes llamando a esta oficina al 702-780-1313. Si Carlos Reyes no está disponible, puede programar una cita para una conferencia personal en persona o por teléfono dentro de los 2 días hábiles.

**Quejas**

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o cómo Medical Partners of Nevada ha tratado su información médica deben dirigirse al Gerente de la oficina llamando al 702-780-1313. Si el Gerente de la oficina no está disponible, puede programar una cita para una conferencia personal en persona o por teléfono dentro de los 2 días hábiles.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja su queja, puede enviar una queja formal a:

DHHS, Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue,  
S.W.Room 509F HHH Building  
Washington, DC 20201

Este aviso entra en vigor a partir del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

He leído el Aviso de privacidad y comprendo mis derechos contenidos en el aviso.

Con mi firma, doy a Medical Partners of Nevada mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi información médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de privacidad.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma autorizada de la instalación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## **Acuerdo del paciente para la administración de cuidados crónicos**

Medicare ofrece un nuevo beneficio para los beneficiarios con múltiples afecciones crónicas y, al dar su consentimiento a este acuerdo, usted permite que MEDICAL PARTNERS OF NEVADA le brinde servicios de administración de atención crónica. Los servicios de CCM (siglas en inglés) solo están disponibles para pacientes con dos o más afecciones crónicas.

Medicare define una afección crónica como una afección que se espera que dure al menos 12 meses y que aumenta el riesgo de muerte, exacerbación aguda de la enfermedad o disminución de la función.

### **Los beneficios de los servicios CCM incluyen:**

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a un proveedor de atención para ayudarlo con sus necesidades crónicas de atención médica. Un plan integral de atención para las necesidades de salud, disponible en papel o electrónicamente.
- Coordinación con proveedores de servicios tanto en el hogar como en la comunidad.
- Gestión de la transición entre los proveedores de atención médica, incluidas las remisiones y el seguimiento después del alta de hospitales, centros de enfermería especializada u otros centros de atención médica
- Supervisión y gestión de medicamentos
- Uso de un registro de salud electrónico certificado (EHR) según lo ordena Medicare.
- Si desea recibir los servicios de CCM a través de su proveedor, él / ella acepta facturar a Medicare por los servicios de CCM solo una vez por ciclo de facturación de 30 días. Además, su proveedor solo acepta facturar a Medicare por los servicios de CCM si tiene más de una afección crónica.

## **Reconocimiento y acuerdo del beneficiario**

### **Al firmar este acuerdo, acepta los siguientes términos:**

- Usted da su consentimiento para que su proveedor le brinde los servicios de CCM. Usted certifica que su proveedor le ha explicado completamente el alcance de los servicios de CCM. Usted reconoce que solo un médico puede proporcionar y recibir pagos por los servicios de CCM durante un mes calendario. Usted autoriza la comunicación electrónica de su información médica entre los proveedores de tratamiento como parte de su atención. Usted comprende que los servicios de CCM están sujetos al coseguro de Medicare, por lo que es posible que se le facture una parte de los servicios de CCM.
- Usted comprende que tiene derecho a cancelar los servicios de CCM en cualquier momento revocando este acuerdo vigente al final del mes en curso. Puede revocar este acuerdo verbalmente notificando por teléfono al (702) 780-1313, o enviando por correo su revocación por escrito a 4020 E Russell Rd, Las Vegas Nevada 89120. Luego, su proveedor recibirá su confirmación por escrito, incluida la fecha de vigencia de la revocación.

Firma del beneficiario/parte responsable: \_\_\_\_\_

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



## **POLIZA Y ACUERDO SI NO SE PRESENTA**

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que, si debe cancelar su cita, proporcione un aviso con más de 24 horas de anticipación. Los pacientes que no se presenten ni proporcionen un aviso con más de 24 horas de anticipación se consideran “NO SE PRESENTA”. Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser rechazados por la clínica. SE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$ 50.00 PARA TODAS LAS CITA CON “NO SE PRESENTA”.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO Y ACEPTO LA TARIFA DE LA POLIZA SI NO ME PRESENTO.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma