



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Iniciales: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado/Zip: _____

Fecha de Nac: _____ Numero Social: _____

Telefono: (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____

Correo Electronico: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a

Lugar de Empleo: _____ Oficio: _____

Tiempo de Empleo: ☐ Completo ☐ Parcial ☐ Desempleado ☐ Retirado

Doctor de Cabeza: _____ Telefono: _____

En caso de Emergencia Notificar a:

1. Nombre: _____ Parentesco: _____ Telefono: _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____ Telefono: _____

Farmacia Preferida: _____ Direccion: _____ Telefono: _____

Informacion de Aseguranza

Seguro Primario: _____

Numero de ID/Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nac: _____ SSN: _____

Seguro Secundario: _____

Numero de ID/Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nac: _____ SSN: _____

Autorizacion

Entiendo y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mi persona son directamente acreditados a mi compania de seguro medico, y que sere responsable del pago en el momento de servicio para los importes no cubiertos por mi seguro. Autorizo a Heart Institute of Brownsville para proporcionar registros medicos si es necesario a mi compania de seguros en caso de que les solicite informacion para el proceso de mi reclamo medico al cual los pagos se haran directamente a Heart Institute of Brownsville.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MEDICA

Yo doy autorizacion a "Heart Institute of Brownsville" para dar informacion medica en el transcurso de mi tratamiento medico a las siguientes personas nombradas:

<u>Nombre de Persona</u>	<u>Relacion</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

213 Heart Drive- Brownsville, Texas 78520
www.HeartInstituteOfBrownsville.com
(956) 504-3278 Fax (956) 504-3287



Telefono: (956)504-3278 Fax: (956)504-3287

www.HeartInstituteOfBrownsville.com

Aprovechamos esta oportunidad para darle la bienvenida a "Heart Institute of Brownsville." Le agradecemos por confiar y elegirnos como sus proveedores de salud.

Poliza de Finanzas

El pago es requerido al momento de que los servicios son proporcionados. Esto incluye que el paciente no tenga seguro y sea responsable del pago, co-pagos de las aseguranzas, co-seguros y/o deducibles acorde a su seguro. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio a su seguro informacion personal tal como domicilio o cambios a su telefono. En dado caso de que los beneficios de su seguro no puedan ser verificados y/o su reclamo haya sido rechazado, el cobro sera responsabilidad del paciente.

Seguro de Salud Personal

Es responsabilidad del paciente estar al corriente de sus beneficios y proveernos informacion precisa para archivar sus reclamos. El paciente es responsable de proporcionarnos su tarjeta de seguro mas reciente y la autorizacion y/o referencia requerida por su seguro para cada visita. Archivaremos su reclamo y estimaremos la cobertura de su aseguranza esto no es una garantia de pago. Si su reclamo es denegado usted sera financieramente responsable por los servicios proporcionados. Para una explicacion individual de sus beneficios y cobertura de su seguro favor de comunicarse con su aseguranza.

Pago en Efectivo

Tarifas son ofrecidas a pacientes que no cuentan con seguro medico, las cuales son requeridas en el momento que el servicio es proporcionado. En caso de que procedimientos especiales sean requeridos se aplicaran cargos adicionales al momento de liquidar los servicios.

Poliza de Pre-Coleccion

Si no a acompletado su deducible o tiene co-aseganza por favor espere una llamada de nuestro departamento de finanzas. Si tendra algun examen o procedimiento tales como inyeccion, rayos X, mamografia, etc. Le informamos que el pago tendra que ser realizado antes del procedimiento.

"Entiendo y estoy deacuerdo con las polizas financieras."

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nac: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Aviso Sobre Practicas de Privacidad (HIPPA)

Este aviso describe como la informacion medica referente a usted puede ser utilizada, divulgada y como usted puede tener acceso a ella. Por favor, revise este documento detenidamente.

Este aviso, el cual fue preparado para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Medicos de 1996 (HIPPA), describe en general las diferentes maneras en que su informacion medica protegida (PHI) puede ser utilizada y divulgada para que Heart Institute of Brownsville pueda proporcionarle tratamiento medico, cobrar el pago por los servicios que usted recibio por parte de Heart Institute of Brownsville y facilitar las operaciones de cuidados de la salud de Heart Institute of Brownsville. HIPPA define la informacion medica protegida (PHI) como la informacion medica personal incluyendo la informacion genetica que se encuentra en su expediente medico y de facturacion y que esta relacionada con sus condiciones de salud fisica o mental, actual o pasada, o las provisiones de pago para los servicios obtenidos relacionados con dichas condiciones de salud. Esto puede incluir informacion creada o recibida por los profesionales de la salud, aseguradores y/o su empleador durante el curso del tratamiento de las actividades financieras o de atencion medica.

Los usos y las revelaciones de la informacion confidencial pertinente a su salud:

La informacion protegida pertinente a su salud se puede usar y puede ser revelada por Heart Institute of Brownsville nuestro personal de la oficina y otros que estan envueltos en el cuidado y tratamiento para los servicios del cuidado de su salud para pagar sus cuentas del cuidado de su salud, para sostener las operaciones de Heart Institute of Brownsville y cualquier otro uso requerido por ley.

El Tratamiento:

Usaremos y revelaremos la informacion confidencial pertinente a su salud para proporcionar, coordinar, o manejar el cuidado de su salud o cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinacion o la administracion del cuidado de su salud con terceros. Por ejemplo, la informacion confidencial pertinente a su salud puede ser revelada a un medico a quien usted ha sido referido para asegurar que el medico tenga la informacion necesaria para diagnosticar y tratarlo.

El Pago:

La informacion confidencial pertinente a su salud se usara cuando sea necesario o para obtener el pago para los servicios del cuidado de su salud.

Operaciones sobre cuidado de la salud:

Podemos utilizar y divulgar su informacion medica protegida para operaciones rutinarias de atencion medica. Las operaciones de atencion medica de Heart Institute of Brownsville incluyen entre otras; programas de capacitacion y educacion, revision de calidad de atencion proporcionada por profesionales de la salud, obtencion de seguro de gastos medicos o seguro de responsabilidad del empleado, realizar servicios legales y de auditoria, llevar a cabo actividades empresariales y administrativas en general de Heart Institute of Brownsville. Tambien podemos divulgar su informacion medica protegida a sus otros profesionales de la salud para asistirles en sus operaciones de atencion medica.

Podemos usar o revelar la informacion pertinente a su salud en las siguientes situaciones sin su autorizacion: cuestiones de salud publica, abuso o descuido, alimenticios y administracion de droga, procedimientos legales, aplicacion de ley, juez fiscal, directores de funeral, donativo de organo, reportes, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensacion para trabajadores, presos, entre otros. Por ley, debemos hacerle revelaciones a usted de cuando es requerido por la secretaria del departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar la conformidad con los requisitos de la seccion 164.500.

Otros usos y revelaciones permitidos y requeridos:

Se haran solo con su consentimiento, autorizacion o oportunidad de oponerse a menos que sea requeridos por ley.

Usted puede revocar esta autorizacion cuando quiera por escrito excepto hasta donde Heart Institute of Brownsville tome una accion en la dependencia en el uso o la revelacion indicados en la autorizacion.

Sus Derechos:

Lo siguiente es una declaracion de sus derechos con respecto a la informacion confidencial pertinente a su salud. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su informacion confidencial pertinente a su salud bajo la ley federal sin embargo usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes: Notas de psicoterapia, informacion copilada en la anticipacion razonable de uso en una accion civil, criminal, administrativo o proceso. La informacion protegida pertinente a su salud que es sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la informacion protegida pertinente a su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar una restriccion de la informacion confidencial pertinente a su salud. Esto significa que usted puede decir que no usemos o revelemos en cualquier parte la informacion protegida pertinente a su salud para los propositos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar tambien que la informacion confidencial pertinente a su salud no sea revelada a miembros de la familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni propositos de notificacion como descrito en esta nota de practicas de privacidad. Heart Institute of Brownsville no es requerido a concordar a una restriccion que usted puede solicitar. Si Heart Institute of Brownsville cree estar en su mejor interes de permitir el uso y la revelacion de la informacion confidencial pertinente a su salud, la informacion confidencial pertinente a su salud no sera restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro profesional de asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar notas confidenciales de nosotros por medios alternativos. Usted tiene derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente (electronicamente).

Reclamos:

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, podra presentar un reclamo con Heart Institute of Brownsville al telefono (956) 504-3278. Asimismo, puede dirigir sus reclamos al Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de Estados Unidos. Usted no recibira ninguna penalizacion ni ningun tipo de represalia por presentar un reclamo.

Somos requeridos por la ley a mantener la privacidad y proporcionar los individuos con esta nota de nuestros deberes legales practicas de privacidad con respeto a la informacion confidencial pertinente a su salud. Si usted tiene cualquier objecion a esta forma, comuniquese al: 956-504-3278 o asista personalmente a nuestra locacion 213 Heart Drive, Brownsville, Texas 78520.

Al firmar usted reconoce haber recibido y dado la oportunidad de leer y revisar esta nota de practicas de privacidad (HIPPA).

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nac: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

213 Heart Drive-Brownsville, Texas 78520
www.HeartInstituteOfBrownsville.com
(956)504-3278 Fax (956) 504-3287