



## Informacion sobre el Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.  
Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ En caso de emergencia llamar a : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Otro  
Ciudad, Estado, Zona postal: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  
Telefono: \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Otro **Doctor de la orden:** \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Otro **Doctor primario:** \_\_\_\_\_  
Guardian legal: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## Empleo paciente

Empleado  Jubilado  Parado  Other

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

## Seguro

Nombre de la compania

de seguro primario: \_\_\_\_\_

Insured ID: \_\_\_\_\_ Numero de poliza: \_\_\_\_\_

Guarantor: ( Marque si mismo que paciente) \_\_\_\_\_ La relación al paciente \_\_\_\_\_

Numero de seguro social : \_\_\_\_\_

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

Nombre de la compania

de seguro segundo: \_\_\_\_\_

Insured ID: \_\_\_\_\_ Numero de poliza: \_\_\_\_\_

Guarantor: ( Marque si mismo que paciente) \_\_\_\_\_ La relación al paciente: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social : \_\_\_\_\_

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

Yo por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro a ser pagado directamente a Socios Principales de Nephrology, PA para servicios que fueron rendidos. Autorizo los Socios Principales de Nephrology, PA a liberar a la Asistencia Médica que Financia la Administración y a sus agentes, el Seguro médico, Champus, el cuidado Médico o portador comercial del seguro información necesario para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados no cubrieron por el seguro. Yo por la presente autorizo la liberación de mis registros médicos a otros médicos y compañías de seguros creo necesario.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

### La autorización para Liberar Información Médica

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden ser revelado sin mi autorización escrita, sino como de otro modo proporcionado por ley. Entiendo que una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original. Entiendo que puedo revocar esta autorización a tiempo. Yo por la presente autorizo a cualquier médico, si el pasado o presenta, siguiendo mi cuidado para revelar información médica, por el correo o el fax a:

Capital Nephrology Associates, PA  
1015 E 32<sup>nd</sup> St., Ste. 414  
Austin, TX 78705

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**SI SU SEGURO REQUIERE UNA AUTORIZACION POR SER SEGURO QUE USTED TIENE UN CORRIENTE EN EL ARCHIVO. SI NO, NECESITARA CAMBIAR SU CITA.**



Capital Nephrology Associates, PA  
**Office Policy- Leyó por favor con cuidado**

El pago es debido al tiempo del servicio los arreglos previos se hayan hecho. Aceptamos dinero efectivo, cheques personales, Visa, Mastercard, Descubre, y American Express.

Somos proveedores para varios PPO y planes de seguro de SEGURO MEDICO GLOBAL y podemos archivar nuestro reclamo para usted. Los co-pagos son debidos antes de ver al médico en el tiempo del servicio. Usted sera responsable de obtener alguna referencia o la autorización necesarias de su médico primario del cuidado. Usted es responsable de cualquiera las cargas que no-cubrió. Si su seguro no hace el pago dentro de 45 días, usted puede llamar para la posición del reclamo.

Con frecuencia, las compañías de seguros pueden requerir información adicional del paciente antes de procesar un reclamo. Si usted recibe tal información en el correo, llene por favor la forma y envíe lo a su compañía de seguros lo mas rápido que sea posible. El fracaso para hacer así le hará responsable de la cuenta entera a pesar de nuestra posición del contrato. Esperamos el pago del deducible y las cantidades de coaseguro en el tiempo del servicio, o de la prueba de su deducible que ha sido encontrado. Permitimos 60 días para procesar de sus reclamos al seguro. A fines de ese tiempo, si su seguro no ha pagado, el equilibrio entero llega a ser su responsabilidad.

El cuidado médico: los Socios Principales de Nephrology, PA aceptará la tarea para nuestros pacientes de cuidado Médico. Si usted no tiene un suplemento de cuidado Médico, nosotros esperamos que usted pague su 20 por ciento y, si no encontró, su anual deducible en el tiempo de su visita.

El seguro médico: los Socios Principales de Nephrology, PA archivará los reclamos al Seguro médico en su beneficio. Usted debe presentar una copia actual de su carta de la elegibilidad de Seguro médico en cada visita.

**La tarea de Beneficios**

Solicito el pago de los beneficios médicos, de otro modo pagadero a mí, sea hecho a Socios Principales de Nephrology, PA para servicios proporcionados por ellos. Entiendo que soy financieramente responsable a Socios Principales de Nephrology, PA para cargas no cubrió por esta Tarea de Beneficios.

**Consienta Para el Tratamiento**

Yo por la presente autorizo la evaluación y el tratamiento por los médicos de Socios Principales de Nephrology, PA. Entiendo que la firma y la fecha en esta forma no expirarán sin nota escrita ni en el caso que un menor alcanza un adulto, y que una fotocopia de esta forma se considera válida como la original.

**Por favor signo debajo de que usted ha leído esta política de la oficina y concuerda a. Si hay un problema, habla por favor con el gerente antes de ver al médico.**

---

Firma de paciente o guardian legal

Fecha

## **Capital Nephrology Associates La intimidad Práctica Vista General**

**Esta oficina se comete para permanecer de acuerdo con todo federal y las leyes del estado que pertenecen a sus procedimientos clínicos de prácticas o negocio. Hemos adoptado ciertas normas relacionadas a la información cómo paciente se manejan.**

**Los pacientes tienen el derecho de saber acerca de estas normas de la oficina como ellos relacionan a la confidencialidad.**

**El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (Transportabilidad del Seguro de enfermedad y la orden de la Intimidad del Acto de la Responsabilidad) aplican a toda Protected Health Information (PHI) (información protegida de la salud) en esta oficina, incluyendo información almacenadas y transmitidas electrónicamente, los registros de papel, y comunicaciones orales.**

**Favor de revisar y firmar la Nota adjunta de Prácticas de Intimidad. Su firma indica simplemente que usted ha tenido la oportunidad de revisar nuestras normas en cómo su información médica se usará y será revelada. Si usted quisiera, podemos hacer copias de estos documentos para sus registros.**

**Gracias por su cooperación en procesamiento de estos documentos.**

# **Capital Nephrology Associates**

## **Noticia de Practicas Privadas**

**Este aviso explica como información medica tocante usted podrá ser usada y revelada y como usted puede obtener acceso a esta información. Favor de revisarla cuidadosamente.**

Esta practica utiliza y revela información de salud tocante de usted para tratamiento, para obtener pago para tratamiento, para causas administrativas, y para evaluar la calidad de tratamiento que usted recibe.

Este aviso explica nuestras practicas privadas. Podremos cambiar nuestras pólizas y este aviso a cualquier hora, y aplicar esas pólizas revisadas a toda la información protegida de sanidad cual mantenemos. Si acaso, o cuando cambriáramos nuestro aviso, situaremos el aviso nuevo en nuestra oficina donde se podrá ver. Ud. puede solicitar una copia de papel de este aviso, o cualquier aviso modificado, a cualquier hora, (aunque usted nos haya dado el derecho de comunicarnos con usted electrónicamente). Para mas información tocante este aviso, o tacante nuestras pólizas y practicas, favor de comunicase con Mark Nail, Privacy Officer of Capital Dialysis of Texas, Ltd.

### **A. Tratamiento, Pago, Operaciones de Cuidado Sanitario**

#### **Tratamiento**

Somos permitidos a usar y revelar su información medica a todos involucrados bajo su tratamiento. Por ejemplo, el medico / medica en esta practica es especialista. Cuando proporcionamos tratamiento, podemos pedir que su medico de cuidado primario comparta su información medica con nosotros. También, podemos proporcionar a su medico de cuidado primario, información tocante su condición particular para que su medico de cuidado primario lo pueda trata apropiadamente en otras condiciones medicas, si hay algunas.

#### **Pago**

Somos permitidos a usar y revelar su información medica para cobrar y coleccionar pago por los servicios dirigidos a usted. Por ejemplo, podremos completar un forma de reclamo para conseguir pago de su asegurador o HMO. Esa forma contenerla información medica, asi como una descripción de el servicio medico proporcionado a usted, el cual su asegurador o HMO necesita aprobar el pago a nosotros.

#### **Operaciones de Cuidado de Sanidan**

Somos permitidos a utilizar o revelar su información medica para las intenciones de operaciones de cuidado de sanidad, cuales son actividades que soportan esta practica y aseguran que cuidado de calidad se entregue. Por ejemplo: podemos utilizar los servicios profesionales para cumplir con el programa. Esta persona puede (repasar) el pagamento y el expediente medico para asegurar que estamos cumpliendo con las regulaciones de la ley.

### **B. Declaraciones que se pueden realizar sin autorización escrita o una oportunidad de refutar**

Hay algunas situaciones en cuales somos permitidos a revelar o utilizar su información medica sin su autorización escrita o sin oportunidad de refutar. En otras situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de revelar o utilizar alguna identificación de información de salud tocante usted. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, después podrá revocar aquella autorización por escrito, para detener usos y

declaraciones futuras, Sin Embargo, cualquier revocación no se aplicara a declaraciones de uso ya hechos en esa autorización.

### **Salud Publica, Abuso o Descuido y Omisión de Salud**

Podemos revelar su información medica para actividades publicas de salud. Actividades de salud publicas son encargadas por gobierno federal, estatal o gobierno local para la colección de información tocante enfermedades, estadísticas esenciales (nacimientos o mortalidades) o daño por una autoridad de sanidad publica. Podemos revelar su información medica, para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos, o notificar a la gente acerca de revocaciones de productos cuales estén usando.

Porque la ley de Texas requiere médicos/medicas que reporten el abuso o descuido de niños, podemos revelar información medica a una agencia publica autorizada a recibir reportes de abuso o descuido de niños. La ley de Texas también requiere cualquier persona que sospeche que algún anciano o incapacitado este bajo el abuso o descuido, o explotación, reportar la información a el estado y las regulaciones privadas de HIPAA permiten la revelación de información para reportar el abuso o descuido de ancianos o incapacitados.

Podemos revelar su información medica a una agencia de omisión de salud para aquellas actividades autorizadas por la ley. Ejemplos de estas actividades son revisiones, investigaciones, aplicaciones de licencia, y inspecciones, todas cuales son actividades del gobierno dirigidas para verificar el sistema de entrego sobre el cuidado de salud, y rendimiento con otras leyes, así como las leyes de derechos civiles.

### **Procedimientos Legales y Ejecución de la Ley**

Podemos revelar su información medica en el curso de procedimientos judiciales y administración en respuesta a una orden de la corte (o el encargado de decisions administrativas) o otro proceso legal apropiado. Ciertos requerimientos deben ser cumplidos antes que la información sea revelada.

Si somos preguntados por un oficial de ejecución legal, podemos reveler su información medica bajo circunstancias limitadas cuales son proporcionadas:

- La información es revelada por consecuencia a proceso legal, así como una escritura o citación;
- La información pertenece a una victima de crimen y usted es incapacitado;
- La información pertenece a una persona que ha fallecido bajos circunstancias que sean relacionadas a conducto criminal;
- La información es tocante una victima de crimen y no podemos conseguir la conformidad de la persona;
- La información es revelada por el caso que un crimen has sucedido en este local; o
- La información es revelada para localizar un fugitivo, persona extraviada, o persona sospechada.

Podemos también revelar información si creemos que la revelación es necesaria para prevenir o reducir el amenaza inminente a la salud o seguridad de un persona.

### **Compensación de trabajadores**

Podemos revelar su información medica as como así requerida por la ley de compensación de trabajadores.

### **Habitadores de Prisión**

Si usted es un habitador de prisión, o bajo la custodia de la ley, nosotros podemos revelar su información medica a la institución correccional o a un oficial de la ley. Este descargo Es permitido a conceder la institución que le proporcione cuidado medico, para proteger su salud y la salud de otros, o la seguridad y salvamento de la institución.

### **Militara, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, Protección del Presidente**

Podemos revelar su información medica para funciones especializadas del gobierno así como separación o absolución del servicio militar, solicitudes necesarias por oficiales comandantes apropiados de la militar (sí usted se encuentra en la militar.), servicios de inteligencias y seguridad nacional autorizados, así como las actividades autorizadas para la provisión de servicios protectorios para el presidente de Los Estados Unidos, otros oficiales autorizados del gobierno, y encargados del estado del extranjero.

### **Escudriñamiento, Donación de Órganos, Coronares, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales**

Cuando un proyecto de escudriñamiento y sus protecciones privadas han sido aprobadas por un junta institucional de revista, o junta de privado, podemos revelar información medica a investigadores para causas de escudriñamiento. Podemos revelar información medica a organizaciones de obtenciones de órganos, para la causa de facilitar un órgano, ojo, o donación de elementos anatómicos si usted es un donador.

También, podemos revelar su información medica a un examinador medico para identificar una persona fallecida o la causa de muerte. Además, podemos revelar su información medica a un director de funerals cuando esta revelación es necesaria para que el director pueda cumplir con sus obligaciones.

### **Exigido por Ley**

Podemos revelar su información medica cuando la revelación es exigida por ley.

## **C. Derechos Individuales Bajo las Regulaciones Federales**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos ha creado regulaciones intentadas a proteger el aislamiento del paciente así como requerido por HIPAA. Esos reglamentos producen varios privilegios cuales los pacientes pueden utilizar. No talionaremos contra pacientes quienes utilicen sus derechos de HIPAA.

### **Restricciones Solicitadas**

Usted puede solicitar que limitemos como su información protegida de salud sea utilizada o revelada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. También puede solicitar que limitemos revelación a miembros de familia, otros parientes, o amigos personales cuales sean o no sean involucrados en su cuidado. NO tenemos que convenir a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud con excepción de circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, entregue lo siguiente por escrito: (a) la información bajo restricción, (b) que tipo de restricción solicita (por ejemplo, en el uso de información, revelación de información, o ambos), y (c) a quienes se le aplican las retricciones. Favor de mandar la solicitud a la persona nombrada abajo.

### **Recibiendo Comunicaciones Confidenciales por Métodos Alternativos**

Puede solicitar que enviemos comunicaciones de información de salud protegida por métodos alternativos o a un local alternativo. Esta solicitud debe ser por escrita a la persona nombrada abajo. Somos requerido a proveer solamente solicitudes razonables. Favor de especificar en su correspondencia exactamente como gusta que nos comuniquemos con usted, y si dirige a mandarlo a un lugar particular, favor de proporcionar la información de contacto.

### **Inspección y Copias de Información de Salud Protegida**

Puede examinar y/ o copiar información de salud que se encuentra dentro de los archivos designados, cual es información que se utiliza para tomar desisiones tocante su salud. La ley de Texas requiere que solicitudes de copias sean hechas por escrito, y pedimos que solicitudes para inspección de su información de salud, también sean por escrito. Favor de mandar su solicitud a la Mark Nail, Privacy Officer.

Podemos pedir que un narrativo de esa información sea proporcionado en vez de copias. Sin Embargo, si usted no esta de acuerdo con nuestra solicitud, le proporcionaremos copias.

Podemos negarnos a proporcionar alguna de la información que usted pide a examinar o que sea copiada. Podemos negarnos a proporcionar acceso a copias de alguna de la información por las siguientes rezones;

- Si la información son notas de psicoterapia
- Si la información revela la identificación de alguna persona quien proporciono información bajo la promesa de secreto
- Si la información es sujeta a Las Reformaciones de 1988 de Mejoramiento de Laboratorio Clínico (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1998).
- Si la información ha sido juntada en actipio de litigio

Podemos negar proporcionar acceso a, o copias de alguna información por otras razones, bajo la condición que arreglemos un examen de su decision tocante su solicitud. Este examen sera hecho por otro proporcionado licenciado de cuidado de salud, quien no ha sido involucrado en cualquier decisión hecha anteriormente para negar acceso.

La ley de Taxas nos requiere que estemos listos para proporcionar copias o narrativo dentro de 15 días de su solicitud. Lo informaremos cuando los archivos estén listos o si creemos que acceso sea limitado. Si le negamos acceso, le informaremos por escrito.

HIPAA nos permite cobrar una recompensa razonable de costo.

### **Reformación De Información Medica**

Usted puede pedir una reformación de su información medica en el archivo designado. Cualquier solicitud debe ser por escrito a la persona mencionada abajo. Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar una reformación por las razones siguientes:

- Si la información no fue creada por esta practica o los médicos en esta practica
- Si la información no es parte de el archivo designado
- Si la información no es disponible para inspección a causa de una denegación apropiada
- Si la información esta completa y correcta

Aunque le neguemos una reformatión, usted es permitido a incluir una declaración de paciente tocante la información aplicable en su archivo medico. Si le neguemos una reformatión, le notificaremos por escrito.

Si le aprobamos la reformatión, le notificaremos por escrito, admitiremos que se lleve a cabo, y le notificaremos a otros que hemos conseguido la información correcta.

### **Responsabilidad de Ciertas Revelaciones**

Las regulaciones de aislamiento de HIPAA le permiten a usted que solicite, a nosotros que le proporcionemos una responsabilidad de revelaciones que son para otras causas además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o hechas por una autorización firmada por usted o su representante. Favor de enviar cualquier solicitud de responsabilidad a privacy officer. Su primera responsabilidad de revelaciones (dentro de un periodo de 12 meses) será gratis. Para solicitudes adicionales, dentro de ese periodo, somos permitidos de cobrar por el costo de proporcionar la lista. Si hay algún cargo, le notificaremos, y puede elegir a remover o modificar su solicitud antes de incurrir costos.

### **D. Recuerdos de Sitios, Tratamientos Alternativos, y Otros Beneficios Relacionados a la Salud**

Podemos comunicarnos con usted (por teléfono, correo, o ambos) para proporcionar recuerdos de citas, información tocante métodos alternativos de tratamiento, y otros beneficios relacionados a la salud, y servicios que puedan servir de interés a usted.

### **E. Quejas**

Si usted se siente apesadado que sus derechos de aislamiento han sido violados, puede comunicarse con la persona mencionada abajo. Además, puede enviar una queja por escrito a el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. No talionaremos contra usted por haber archivado una queja con nosotros o con el gobierno. La información para comunicarse con el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos es:

U.S. Department of Health And Human Services  
HIPAA Complaint  
7500 Security Blvd., C5-24-04  
Baltimore, MD 21244

Una queja tocante sus derechos con HIPAA también se puede hacer a <http://cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>

### **F. Nuestra Promesa a Usted**

Somos obligados por ley y regulación de proteger el aislamiento de su información medica, de proporcionarle con este aviso de nuestras practicas de aislamiento con respeto a la información de sanidad protegida, y de sostener los artículos del aviso de las practicas de aislamiento en efecto.

## **G. Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes**

Si usted tiene alguna pregunta, o si desea hacer una solicitud relacionada a los derechos definidos arriba, favor de comunicarse con:

Mark Nail  
10000 Metric Blvd., Suite 100  
Austin, Texas 78758  
Phone: (512) 833-8213

Este aviso será efectivo en la siguiente fecha: Abril 14, 2003

Capital Nephrology Associates  
El reconocimiento de la Revisión de  
Nota de la Intimidad Práctica

He revisado esta Nota de la oficina de Prácticas de Intimidad, dentro explica cómo mi información médica se usará y será revelada. Entiendo que estoy permitida para recibir una copia de este documento.

---

La firma de Paciente o de Representante Personal

---

La fecha

---

El nombre de Paciente o de Representante Personal

---

La descripción de la Autoridad Personal de Representante



Capital Nephrology Associates  
El reconocimiento de la Revisión de  
Nota de la Intimidad Práctica

He revisado esta Nota de la oficina de Prácticas de Intimidad, dentro explica cómo mi información médica se usará y será revelada. Entiendo que estoy permitida para recibir una copia de este documento.

---

La firma de Paciente o de Representante Personal

---

La fecha

---

El nombre de Paciente o de Representante Personal

---

La descripción de la Autoridad Personal de Representante



CAPITAL  
Nephrology  
Associates PA