

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Nuestra clínica es parte de Special Health Resources (SHR), un Centro de Salud Federalmente Calificado, y toda la información solicitada es obligatoria para propósitos informativos y de estadísticas. Toda la información es estrictamente confidencial, lo que significa que no se divulgará ningún dato identificativo sin su consentimiento o sin que lo permita la ley.

### Origen de la derivación

**¿Cómo nos conoció?** (Solo para pacientes nuevos)

- Familiar o amigo       Evento comunitario       Proveedor/hospital       Unidad móvil  
 Búsqueda en línea       Publicidad impresa       Radio/Televisión       Redes Sociales

### Información del/de la paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección postal, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 ¿Modalidad de contacto preferida?       Teléfono particular       Teléfono celular       Correo electrónico      ¿Género asignado al nacer?       M       F

N.º de Seg. Soc. o ITIN \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_ Proveedor de atención primaria (PCP) \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO del PCP \_\_\_\_\_  
 ¿Estado civil?       Soltero       Casado       Divorciado       Viudo       Pareja de hecho       Separado

Necesitamos la siguiente información con el fin de ayudar a nuestro personal a utilizar el lenguaje más respetuoso al dirigirse a usted, comprender mejor a nuestros pacientes y cumplir nuestros requisitos de presentación de informes sobre subvenciones. Las opciones para algunas de estas preguntas fueron proporcionadas por nuestros financiadores; entendemos que las categorías demográficas actuales no reflejan adecuadamente nuestras identidades individuales.

Ayúdenos a servirlo mejor seleccionando las mejores respuestas a estas preguntas. ¡Gracias!

<b>Orientación sexual:</b>	<input type="checkbox"/> Heterosexual (o hetero)	<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay	<input type="checkbox"/> Bisexual
	<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> No sé
<b>Identidad de género:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer	<input type="checkbox"/> Otra _____
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Idioma preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> ASL
			<input type="checkbox"/> Otra _____
<b>¿Necesita un traductor?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Trabajador agrícola?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Es usted veterano de guerra?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Origen étnico:</b>	<input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
	<input type="checkbox"/> Mexicano-americano	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Chicano
		<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Centroamericano
			<input type="checkbox"/> Se niega a especificar
<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Asiático indio
	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Guameño/chamorro	<input type="checkbox"/> Japonés
	<input type="checkbox"/> Nativo de América / Alaska	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Chino
			<input type="checkbox"/> Multirracial
			<input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

¿Experimenta la falta de hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<b>En caso afirmativo, ¿cuál es su situación de vivienda actual?</b>	<input type="checkbox"/> Vivienda en la calle	<input type="checkbox"/> Transición
	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Albergue para desamparados	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
			<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (no paga el alquiler)	

### Responsable

Igual que el paciente (si está marcado, continúe con Información de seguro y pago)

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ N.º de Seg. Soc. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección postal, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre/madre/tutor legal  Poder legal  Menor emancipado

### Información sobre seguros y pagos

SHR recibe financiación para proporcionar beneficios económicos a los clientes.  
Si nos facilita la información que figura a continuación, podremos determinar si es elegible para estos beneficios.

Nombre de la empresa de seguro \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Tipo de seguro:  Grupo/privado  Medicare  Medicaid

Situación laboral:  Jornada completa  Jornada parcial  Jubilado  Discapacitado  
 Autónomo  Desempleado  Asistencia pública

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Información del hogar

Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_ (incluidos el paciente y sus dependientes)

Nivel de ingresos: *Según el tamaño de su hogar (columna de la izquierda en la tabla a continuación), marque con un círculo el rango de ingresos que mejor represente sus ingresos mensuales.*

<b>1</b>	\$0 - \$1,133	\$1,134 - \$1,506	\$1,507 - \$1,880	\$1,881 - \$2,264	\$2,265+
<b>2</b>	\$0 - \$1,526	\$1,527 - \$2,029	\$2,030 - \$2,533	\$2,534 - \$3,051	\$3,052+
<b>3</b>	\$0 - \$1,919	\$1,920 - \$2,552	\$2,553 - \$3,186	\$3,187 - \$3,837	\$3,838+
<b>4</b>	\$0 - \$2,313	\$2,314 - \$3,076	\$3,077 - \$3,839	\$3,840 - \$4,624	\$4,625+
<b>5</b>	\$0 - \$2,706	\$2,707 - \$3,599	\$3,600 - \$4,492	\$4,493 - \$5,411	\$5,412+
<b>6</b>	\$0 - \$3,099	\$3,100 - \$4,122	\$4,123 - \$5,145	\$5,146 - \$6,197	\$6,198+
<b>7</b>	\$0 - \$3,493	\$3,494 - \$4,645	\$4,646 - \$5,798	\$5,799 - \$6,984	\$6,985+

### Contacto en caso de emergencia

Nombre (primer nombre, apellido) \_\_\_\_\_ N.º. DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente \_\_\_\_\_

### Firma

Firma del paciente o del tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento para la atención médica

Autorizo a los empleados de esta clínica, que prestan servicios conforme Special Health Resources, Inc. o conforme cualquiera de sus DBA, a brindar atención primaria y otros servicios relacionados. Entiendo que la clínica se compromete a ofrecer una calidad superior de atención médica a todos los pacientes, independientemente de su raza, origen étnico, religión, sexo, edad o condición de discapacidad.

Entiendo que estaré completamente informado de los beneficios anticipados, de las posibles molestias y de los posibles efectos secundarios antes de la realización de cualquier tratamiento médico, y libero a la clínica de cualquier responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de dicho tratamiento. Doy mi consentimiento para que se me realicen exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico, NP, PA y otros proveedores de atención médica, incluidos análisis de sangre para enfermedades transmisibles, tales como tuberculosis, hepatitis y VIH/sida, etc. Autorizo a la clínica y a su personal a enviar información correspondiente sobre mis recetas a las farmacias que sean de mi elección.

Entiendo que mi historia clínica y la información relacionada con mi atención en la clínica es confidencial. Me han proporcionado una notificación con un resumen de las prácticas de privacidad en donde se detallan las diversas formas en las que se puede divulgar la información sobre mí para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otros fines permitidos o requeridos por ley, según corresponda. Entiendo que la ley estatal requiere que se notifique al departamento de salud determinados resultados positivos, tales como la hepatitis y el anticuerpo para el virus del VIH. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo de información necesaria para procesar un reclamo de pago.

Entiendo que se espera un cargo mínimo por los servicios prestados (en función de su elegibilidad) que cubra mi visita al consultorio en el momento del servicio. Las fuentes de pagos aceptables son las siguientes: efectivo, tarjeta ATM (tarjeta de débito) y tarjetas de crédito principales (MasterCard, VISA, Discover y American Express). Mi copago por medio de Medicare, Medicaid, CHIP y de la mayoría de las coberturas privadas se espera en el momento de la visita. Si necesito establecer un plan de pago, el personal proporcionará información al respecto. Si no puedo pagar mi visita, es posible que pueda solicitar una exención de tarifas. Puedo solicitar información sobre la exención de tarifas y sobre la solicitud de recepción o personal de admisión.

\_\_\_\_\_ He leído y comprendo la información anterior y, por el presente, doy mi consentimiento para recibir atención en la clínica. Además, entiendo que si califico para los servicios de Ryan White, este es el pagador de última instancia. Entiendo que si no proporciono la información ni la documentación requerida instruida por el personal de SHR, independientemente de la participación en el programa, seré responsable de los cargos y tendré que pagar el 100 % por todos los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ Puedo calificar para la escala móvil de tarifas independientemente del seguro. La escala móvil de tarifas se establece en función de la cantidad de integrantes en el hogar y de los ingresos. Para calificar en la escala móvil de tarifas, debo proporcionar la información y la documentación requeridas por el personal de SHR. Entiendo que si no proporciono la información necesaria, independientemente de la participación en el programa, seré responsable de los cargos y tendré que pagar el 100 % por todos los servicios prestados. Puedo solicitar una copia de la política relacionada con esta cuestión.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para proporcionar a la clínica el acceso y el uso de mi historial de medicamentos recetados de parte de otros proveedores de atención médica o pagadores de beneficios de farmacia de terceros para los efectos del tratamiento. Mis proveedores y el personal de la clínica pueden ver el historial de recetas (que incluye, entre otros, recetas, laboratorios y otra información histórica de medicamentos para el cuidado de la salud) de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia, y dicho historial puede incluir recetas que datan de varios años. Entiendo que la clínica puede utilizar sistemas de intercambio de información médica para enviar o recibir mi historial de recetas o para acceder a él de manera electrónica.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para proporcionar a la clínica el acceso y el uso de mi registro electrónico de salud con proveedores externos a la organización a través del intercambio de información médica (CommonWell Health Alliance y Carequality Framework). Entiendo que esto acelerará el intercambio de información médica necesaria para brindar una continuidad más rápida a mi tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre e iniciales del paciente en letra imprenta

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Formulario de consentimiento informado para comunicaciones electrónicas

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

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

Persona que presta su consentimiento en caso de que no sea el paciente (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: Paciente  Padre  Tutor  Otro : \_\_\_\_\_

Centro clínico: \_\_\_\_\_

## Riesgos de la comunicación por correo electrónico, mensaje de texto y otros medios no seguros:

Durante el tratamiento puede ser útil comunicarse por correo electrónico, mensaje de texto (por ejemplo, "SMS") u otros métodos electrónicos de comunicación. En esta categoría también se incluye la recepción de comprobantes de servicios por correo electrónico o por mensaje de texto. Tenga en cuenta que estos métodos, en su forma habitual, no son medios confidenciales de comunicación. Si se utilizan estos métodos para comunicarse, existe una posibilidad razonable de que un tercero pueda interceptar estos mensajes. Algunos de los riesgos potenciales que puede enfrentar al utilizar estos métodos de comunicación incluyen lo siguiente:

- Las personas de su hogar u otros entornos que accedan a su teléfono, computadora o a otros dispositivos que usted utilice pueden leer su correo electrónico o sus mensajes de texto.
- Pérdida del teléfono celular, de la computadora o de otros dispositivos.
- Las cuentas de correo electrónico pueden ser hackeadas.
- Los mensajes de texto y los correos electrónicos se almacenan en servidores.
- Error en la entrega del correo electrónico a una dirección escrita de forma incorrecta.
- Los terceros que se encuentran en Internet, como los administradores de servidores que supervisan el tráfico de Internet, pueden interceptar su comunicación. Limite el uso de comunicaciones electrónicas a cuestiones relacionadas con la programación. Si decide enviarnos un correo electrónico, tenga en cuenta que sus respuestas deben ser breves, de esta manera el personal de SHR se comunicará con usted para analizar el problema. El personal de SHR no responderá mensajes de texto que no estén relacionados con la programación, o que sean enviados fuera del horario comercial.

**Correo electrónico cifrado:** puede optar por comunicarse con SHR a través de nuestro software de práctica, que ofrece un medio de comunicación más seguro. Para hacerlo, regístrese a través del portal del paciente y obtenga un nombre de usuario y una contraseña que pueda utilizar para comunicarse con el personal de SHR a través de un correo electrónico cifrado. Si bien no se puede garantizar que esta forma de comunicación evitará el 100 % de las infracciones de confidencialidad, está diseñada con la intención de respaldar la confidencialidad de las comunicaciones clínicas.

## Compruebe los métodos no seguros en los que usted aprueba/rechaza ser contactado:

Comunicaciones por teléfono No  Sí  Comunicaciones por mensaje de texto No  Sí   
Comunicaciones por mensaje de voz No  Sí  Comunicaciones por correo electrónico No  Sí

Recepción de comprobantes mediante:

Correo electrónico  Mensaje de texto  Comprobante impreso  Sin comprobante

Recepción de recordatorios de citas mediante:

Portal del paciente  Correo electrónico  Mensaje de texto  Mensaje de voz  Sin recordatorios

Mi firma a continuación indica que he sido informado respecto de los riesgos, incluidos, entre otros, mi confidencialidad durante el tratamiento, de transmitir mi información médica protegida mediante medios no seguros. Entiendo que no estoy obligado a firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento.

## Consentimiento informado para telemedicina o telesalud

Con el fin de atender mejor las necesidades de la comunidad, el centro pone a su disposición algunos servicios de atención médica a través de la telemedicina y la telesalud. Los servicios médicos de telemedicina y los servicios de telesalud son servicios de atención médica prestados por médicos y profesionales de la salud a los pacientes (el paciente se define como cualquier persona que recibe servicios de SHRT conforme cualquiera de sus DBA) que se encuentran en una ubicación física diferente mediante las telecomunicaciones u otra tecnología de la información. Las telecomunicaciones u otra tecnología de la información también se pueden utilizar para registros virtuales, visitas electrónicas, evaluaciones iniciales, exámenes y comunicaciones previas y posteriores a la visita de parte del personal del centro. Los proveedores pueden incluir, entre otros, médicos, enfermeras registradas de práctica avanzada, asistentes médicos, asesores profesionales, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos y psicólogos. El personal de apoyo incluye, entre otros, enfermeras registradas, enfermeras vocacionales, administradores de casos médicos y especialistas en elegibilidad.

La información compartida puede incluir registros médicos de pacientes, imágenes médicas, archivos de audio o video médicos, audio y video bidireccionales y datos de salida de dispositivos médicos. Los sistemas utilizados por el centro para transmitir y recibir esta información incorporarán protocolos de seguridad de redes y software destinados a proteger la confidencialidad de la identidad y la información del paciente.

Por el presente, y de forma voluntaria, doy mi consentimiento para autorizar a los proveedores de atención médica del centro a proporcionar servicios de atención médica a través de la telemedicina o telesalud.

Entiendo lo siguiente:

- El mismo estándar de atención se aplica a los servicios de atención médica prestados a través de la telemedicina o telesalud que se aplica a una visita en persona.
- Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de atención médica prestados a través de la telemedicina o telesalud.
- No estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona presente en la sala que no sea mi proveedor de atención médica.
- Existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, independientemente del medio utilizado, y se otorga mi consentimiento a pesar de saber esto.
- Existen riesgos potenciales al utilizar esta tecnología, lo que incluye interrupciones en el servicio, intercepciones y dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, se puede suspender la visita.
- Tengo derecho a negarme a participar o a decidir dejar de participar en una visita de telemedicina/telesalud en cualquier momento.
- Entiendo que quizás sea necesario cambiar esta visita a una visita en persona para situaciones o casos que requieran un examen físico para determinar un diagnóstico, así como también para obtener tratamiento y atención adecuados.
- El centro y los proveedores de atención médica del centro no tienen ningún tipo de obligación ni de responsabilidad por la exactitud o la integridad de la información médica que se les presenta, así como tampoco la tienen por cualquier error en su transmisión electrónica.
- Puedo dar mi consentimiento para que se envíe a mi médico de atención primaria mi registro médico o un informe que contenga una explicación del tratamiento proporcionado.
- Este consentimiento informado para la telemedicina o telesalud es válido y permanece vigente mientras sea paciente del centro, hasta que retire mi consentimiento por escrito, o hasta que el centro cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

### **Disposiciones de consentimiento**

Mi firma en este formulario indica lo siguiente:

1. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior, así como también que los hechos antes mencionados son auténticos.
2. Soy consciente de que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos al mínimo, estos pueden ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada) pueden participar en mi tratamiento, y doy mi consentimiento para que ello ocurra.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento notificado distinto para determinados tratamientos que así lo requieran.
5. Por el presente, brindo mi consentimiento de forma voluntaria para recibir servicios de atención médica a través de la telemedicina o telesalud.

_____ Nombre del paciente en letra de imprenta	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del padre/tutor/familiar más cercano en letra de imprenta	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del personal en letra de imprenta	_____ Firma	_____ Fecha y hora

*Si el paciente no puede completar este formulario por sí mismo, indique la razón por la cual el paciente no puede firmar:*

***Si se revoca dicho consentimiento:***

_____ Nombre del paciente en letra de imprenta	_____ Firma	_____ Fecha y hora
---	----------------	-----------------------

## Acuerdo de confidencialidad

La confidencialidad de todos los registros y de la información del cliente es fundamental. Toda la información obtenida en relación con el examen, la atención, la referencia o los servicios proporcionados a cualquier persona de parte de Special Health Resources, Inc. o de cualquiera de sus DBA, así como también de parte de cualquiera de sus empleados, subcontratistas o voluntarios, no deberá ser divulgada sin el consentimiento por escrito del cliente. Excepto en los casos requeridos por la ley. Sin embargo, la información se puede divulgar de la siguiente manera:

- A. En forma estadística o en otros formularios resumidos.
- B. En los informes de casos, pero solo si no se revela la identidad de la(s) persona(s) descrita(s) en el informe y si tampoco se puede discernir.

La sección 83.103 del Código de Salud y Seguridad establece tanto sanciones civiles como penales contra cualquier persona que infrinja la confidencialidad de las personas protegidas por la ley. Special Health Resources, Inc. respalda la necesidad de confidencialidad e implementará medidas disciplinarias hacia cualquier persona asociada con Special Health Resources que infrinja la confidencialidad.

Los clientes, participantes, miembros de la junta, empleados, subcontratistas, voluntarios y cualquier otra persona correspondiente recibirán una copia de esta política (902.00 Confidencialidad del cliente). La declaración será leída y analizada con la persona en cuestión y, luego, esta firmará una copia de la declaración política que se conservará en su archivo particular.

Se debe informar a todas las personas que participen en cualquier actividad de Special Health Resources sobre nuestra política respecto de la confidencialidad.

He leído esta política y acepto seguir las pautas sobre confidencialidad y proteger a todos en Special Health Resources, Inc. La confidencialidad está protegida por la Ley Federal.

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formulario de autorización y acuse de recibo

### *Permiso para la divulgación a familiares, amigos o cuidadores*

Por el presente reconozco que he recibido y revisado el aviso de privacidad de Special Health Resources. Entiendo que mi reclamo puede ser presentado de forma electrónica. Por el presente, autorizo a Special Health Resources a divulgar información de mi expediente médico en la medida que fuera necesario para el pago y para obtener el reembolso. En caso de que fuera necesario realizar un tratamiento médico de emergencia, autorizo a Special Health Resources a obtener copias de mi registro médico de esta clínica o de otra instalación mediante el uso de esta solicitud por escrito o de una solicitud telefónica. Una fotocopia de este comunicado es tan válida como la copia original. Por el presente, autorizo que cualquier información médica relevante se proporcione a (*escriba las iniciales y enumere los nombres de aquellas personas a las cuales podemos divulgar información médica relevante y las cuales puedan actuar en nombre del paciente; es decir, tutores legales que tengan el permiso de familiares y amigos para llevar al paciente a las citas médicas*):

_____	_____	_____
Iniciales	Nombre completo y número de teléfono	Relación
_____	_____	_____
Iniciales	Nombre completo y número de teléfono	Relación
_____	_____	_____
Iniciales	Nombre completo y número de teléfono	Relación
_____	_____	_____
Iniciales	Nombre completo y número de teléfono	Relación
_____	_____	_____
Iniciales	Nombre completo y número de teléfono	Relación

### *Autorización para recibir atención de un asistente médico o enfermero practicante*

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para recibir atención de un asistente médico o enfermero practicante. Entiendo que un asistente médico o enfermero practicante NO es un médico. Son personas graduadas de un programa de capacitación certificado y están autorizados por la Junta Estatal. Pueden diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes bajo la supervisión de un médico, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. La “supervisión” no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien requiere supervisar las actividades y aceptar responsabilidades por los servicios médicos prestados. Entiendo que puedo solicitar que me atienda un médico en cualquier momento conforme mis necesidades de atención médica.

### *Acuse de recibo de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, el Acuerdo del paciente y el Proceso de quejas o reclamos de Special Health Resources*

Me han brindado información antes de recibir los servicios, tanto de forma verbal como por escrito, con respecto a mis derechos y responsabilidades mientras permanecía en una clínica de Special Health Resources. La información proporcionada incluyó mis derechos y responsabilidades como paciente y los procedimientos para presentar una queja o un reclamo. Al firmar este documento, reconozco que, antes de ver a un proveedor, se me ha proporcionado la información antes mencionada de forma verbal y por escrito, y que he leído y entiendo su contenido.

_____	_____
Nombre del paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento
_____	_____
Firma del paciente/representante legal	Fecha
_____	_____
Firma del personal	Fecha

## Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica o la información médica protegida (Protected Health Information, PHI), y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Revíselo atentamente.

### Usos y divulgación:

La información que describe su estado de salud, incluidos los datos demográficos básicos y el uso de los servicios, se utilizará para tomar decisiones de prevención, intervención o tratamiento. En concreto, Special Health Resources (SHR) puede utilizar y divulgar información médica protegida sin autorización específica para lo siguiente:

1. Para llevar a cabo el tratamiento del cliente.
2. Para obtener el pago de los servicios prestados al cliente del plan de salud correspondiente a dicho cliente, para procesar transacciones con tarjetas de crédito o para otros fines relacionados con el pago (es decir, presentar un reclamo de pago a Blue Cross Blue Shield).
3. En las operaciones diarias de Special Health Resources (es decir, en la programación de citas).

Special Health Resources tiene la responsabilidad de reportar sospechas de abuso a niños/ancianos, violencia doméstica, trata de personas, amenazas de hacerse daño a sí mismo o a otras personas, o según lo exija la ley. Cualquier otro uso o divulgación de información médica protegida requiere autorización por escrito de parte del consumidor, y esa autorización puede ser revocada por dicho consumidor.

### Derechos y responsabilidades del paciente:

Special Health Resources cree que los pacientes quieren participar en su atención médica y comprender dicha atención. También creemos que los pacientes pueden participar de una mejor manera si saben cuáles son sus derechos y responsabilidades. La siguiente declaración resume estos derechos y estas responsabilidades para nuestros pacientes, sus familias y amigos.

#### *Cuidado*

El paciente está bajo el cuidado y la supervisión de un proveedor. Es responsabilidad de la instalación y de su personal cumplir las instrucciones de los proveedores de atención intermedia o de los médicos.

#### *Responsabilidades del paciente*

1. **Consideración:** todos los pacientes son responsables de seguir las reglas y las normas de la clínica, así como también de tener consideración con los derechos de los demás mientras estén en la clínica. Ayúdenos controlando el ruido y cumpliendo nuestra política de no fumar.
2. **Concesión de información:** usted es responsable de proporcionar información precisa y completa sobre su salud y de informar los cambios en su estado.
3. **Seguimiento de instrucciones:** usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por los médicos, proveedores de salud intermedios, enfermeras y otros cuidadores, así como también de informar a su proveedor los efectos secundarios de cualquier tratamiento. Si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones de su proveedor u otro personal de la clínica, comprenda que usted es responsable de sus propias acciones.

#### *Derechos del paciente*

1. Tiene derecho a permanecer en un entorno humano que brinde una protección razonable contra daños y a tener una privacidad adecuada para sus necesidades personales.
2. Tiene derecho a no ser sometido a abuso, negligencia y explotación.
3. Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
4. Tiene derecho a que le informen antes del tratamiento sobre el procedimiento, los riesgos, los efectos secundarios y los beneficios de todos los medicamentos o tratamientos que recibirá, otros tratamientos disponibles y las posibles consecuencias en caso de que rechace el tratamiento. Usted tomará una decisión respecto de su tratamiento mediante un consentimiento informado que describa lo siguiente:
  - a. La condición de ser atendido.
  - b. El tratamiento propuesto.
  - c. Los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos.
  - d. Las posibles consecuencias para la salud física y mental en caso de rechazar el tratamiento.
  - e. Otros tratamientos que estén disponibles y cuáles, si los hay, podrían ser apropiados para usted.
5. Tiene derecho a aceptar o a rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
6. Si acepta el tratamiento o los medicamentos, tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento (a menos que esté expresamente restringido por ley).



7. Tiene derecho a colaborar en el desarrollo de un plan de atención diseñado para satisfacer sus necesidades.
8. Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que esto afecte su atención regular.
9. Tiene derecho a la privacidad, lo que significa que la información sobre usted se mantendrá en privado. Además, se le informará respecto de los casos en que la información puede ser divulgada sin su permiso.
10. Tiene derecho a que le informen con anticipación de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios que sean de conocimiento para el centro.
11. Tiene derecho a presentar una queja y a recibir una respuesta justa de parte de la clínica en un plazo de tiempo razonable.
12. Tiene derecho a presentar una queja directamente ante el Department of State Health Services (Departamento de Servicios de Salud del Estado) desde el estado correspondiente en donde recibió los servicios.
13. Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de recibir atención, junto con las políticas pertinentes a su solicitud.
14. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos de forma simple.
15. **Rescisión de la atención médica.** Cuando existan pruebas de violación al paciente y a los derechos y a las responsabilidades del centro, definidos aquí y en las políticas de la organización, y cuando SHR considere que la acción más adecuada sea detener la relación entre el paciente y SHR, usted tiene el derecho a recibir un aviso previo por escrito en donde se explique la razón de dicha decisión, y se le dará treinta (30) días para que encuentre otros servicios de atención médica. Sin embargo, el centro puede decidir dejar de atenderlo de inmediato y sin aviso previo por escrito si usted representa una amenaza para la seguridad del personal y de otros pacientes. Tiene derecho a recibir una copia de la política del centro conocida como “Rescisión de la relación entre el consumidor y SHR”. Las razones por las cuales podemos dejar de prestarle atención pueden incluir, entre otras, las siguientes:
  - a. Incumplimiento intencional de informar con precisión su estado financiero.
  - b. Incumplimiento intencional de brindar información precisa sobre su salud o enfermedad.
  - c. Incumplimiento al momento de obedecer a las reglas y a las políticas del centro, tales como cumplir con las citas programadas.
  - d. Incumplimiento intencional de seguir el programa de atención médica, las instrucciones sobre la toma de medicamentos, las prácticas personales de salud o las citas de seguimiento, según lo recomendado por su(s) proveedor(es) de atención médica, o por la representación de una amenaza para la seguridad del personal u otros pacientes.

#### **Derechos personales**

1. Como cliente de Special Health Resources, usted tiene los siguientes derechos conforme la regla federal de privacidad:
2. El derecho a solicitar restricciones.
3. El derecho a recibir comunicaciones confidenciales.
4. El derecho a inspeccionar su historial luego de solicitar una copia de su información médica protegida.
5. El derecho a modificar la información médica protegida.
6. El derecho a recibir un informe de las revelaciones, que se refieran a la divulgación por otras razones distintas a las del tratamiento y a las del pago.
7. El derecho a recibir una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad.

#### **Responsabilidades de Special Health Resources:**

El centro de salud mantiene la privacidad de la información médica protegida, distribuye el Aviso de prácticas de privacidad a los clientes antes de proporcionar servicios, y cumple con los términos de dicho aviso.

#### **Derecho a revisar las prácticas de privacidad:**

Special Health Resources se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y, en caso de hacerlo, el aviso con revisiones se pondrá a disposición de los clientes que lo soliciten.

#### **Reclamos:**

Puede presentar una queja o denunciar una presunta infracción relacionada con las prácticas de privacidad de Special Health Resources, Inc. si completa un Formulario de resolución de problemas del consumidor y lo envía por correo postal o de forma electrónica al director de Privacidad de Special Health Resources (también conocido como director de Cumplimiento), o si lo entrega en persona. Special Health Resources no tomará represalias contra nadie por el hecho de presentar una queja o de denunciar una presunta infracción.

#### **Persona de contacto:**

*Director de Cumplimiento  
Special Health Resources, Inc.  
2020 Bill Owens Parkway, Suite 220.  
Longview, TX, 75601  
903-212-7808*

#### **Presentación electrónica:**

<https://www.surveymonkey.com/r/HMB5LXB>



#### **Presentación ante el Estado**

Reclamos contra médicos y otros  
licenciatarios y solicitantes de  
registro de la Junta Médica de Texas:

**Texas Medical Board**  
**Attention: Investigations**  
**333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610**  
**P.O. Box 2018, MC-263**  
**Austin, Texas 78768-2018**  
**1-800-201-9353**

[www.tmb.state.tx.us](http://www.tmb.state.tx.us)

## Acuerdo para pacientes de Special Health Resources

**Como miembro del equipo de institución médica residencial de Special Health Resources, yo, el paciente o tutor, haré lo siguiente:**

- Informaré a mi equipo de Special Health Resources con, al menos, 24 horas de anticipación cuando no pueda asistir a una cita programada.
- Informaré a mi equipo de Special Health Resources cuando me haya mudado o cuando haya cambiado el número de teléfono, para que mi información de contacto sea la correcta.
- Llamaré a la farmacia para resurtir mis medicamentos al menos seis (6) días hábiles antes de quedarme sin receta.
- Trataré con respeto a los miembros del equipo de Special Health Resources mientras permanezcamos juntos durante la atención médica.
- Brindaré comentarios a mi equipo de Special Health Resources para que puedan mejorar los servicios.
- Tomaré los medicamentos según lo recetado y seguiré el plan de tratamiento. En caso de que no pueda hacerlo, se lo informaré a mi equipo de Special Health Resources.
- Informaré al equipo de Special Health Resources cuando me atienda con proveedores externos a Special Health Resources, y le diré a mi equipo los medicamentos que me recetaron o cambiaron, las pruebas o los tratamientos que se llevaron a cabo y cualquier otro servicio realizado relacionado con mi salud.
- Comprenderé mis riesgos y condiciones de salud; haré preguntas y aprenderé maneras de mejorar mi salud y de prevenir enfermedades.
- Proporcionaré a mi equipo de Special Health Resources toda información relacionada con el estado de salud, la historia clínica, las enfermedades, los medicamentos (incluso los de venta libre/herbales o suplementos), las visitas con especialistas, los resultados de pruebas recientes, las visitas a emergencias y las hospitalizaciones.

**El equipo de Special Health Resources continuará haciendo lo siguiente para con usted, ya sea como paciente o tutor:**

- Lo respetará como individuo: no haremos juicios en función de raza, religión, género, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad.
- Respetará su privacidad: la información médica no se compartirá con nadie, a menos que usted nos otorgue permiso o que sea requerido por ley.
- Proporcionará atención médica basada en la evidencia por un equipo de personas (enfermeros, trabajadores sociales, asistentes médicos, nutricionistas y personal de apoyo) dirigido por su proveedor responsable quien monitoreará toda su atención médica.
- Brindará atención que satisfaga sus necesidades y que se ajuste a sus metas y valores.
- Responderá sus llamadas y preguntas lo antes posible, incluso después del horario comercial habitual: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Le recordará cuándo es el momento de hacerse chequeos o pruebas. Lo ayudará a mantenerse saludable y a tomar mejores decisiones.
- Mejorará su atención mediante el uso de la tecnología, como el Registro Electrónico de Salud, y siempre se esforzará por mejorar los servicios de Special Health Resources.
- Lo ayudará a obtener la atención médica necesaria, incluso si no forma parte del equipo de Special Health Resources.