

**REGISTRACION DE PACIENTE NUEVO***(Favor de llenar este formulario en su totalidad)*Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ #Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

**Tenemos Permiso para dejar mensajes: Contestadora: ( ) Si ( ) No Con familia: ( ) Si ( ) No**

Direccion fuera de Pais (si es applicable) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_ #de teléfono fuera del Pais \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Mujer ( ) Hombre Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de farmacia: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Coreo electronico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO**

Tiene Seguro? ( ) Si ( ) No, Yo pagare por los servicios recibidos.

Comp. de Seguro Primaria: \_\_\_\_\_

Nombre de Miembro Principal: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Si es applicable

Comp. de Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ # de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Casada/o ( ) Divorciada/o ( ) Viuda/o ( ) Separada/o ( ) Soltero/a

Nombre de Esposa/o: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Referidos por: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

A quien contactamos en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

# de Telefono: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR VERBALMENTE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A FAMILIARES U OTRAS PERSONAS

Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida para el propósito de la comunicación de los resultados, conclusiones y decisiones importantes a los miembros de mi familia y otra como se indica a continuación

Reconozco que ninguna información acerca de mi cuidado de salud puede ser divulgada sin mi consentimiento por menos que quede incapacitado/a. Si llego a ser incapacitado/a, los proveedores de atención de salud se comunicarán con las personas asignadas en las directivas anticipadas precisamente designados por mí. Si no se ha designado ningunas directivas anticipadas, reconozco que los proveedores de atención de la salud se comunicarán a mi próximo pariente más cercano.

Tienen una Directiva Anticipada? \_\_\_ YES \_\_\_ NO

Nombre	Relación	Numero Telefónico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

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

\_\_\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

## EVALUACIÓN HISTORIAL DE LA SALUD DEL PACIENTE

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

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Tiene: BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

alguna vez ha sido operado o hospitalizado? ( ) Si ( ) No

Fecha	Lugar	Biopsia, Cirugía, R/T Diagnostico

Sus Medicamentos incluyendo ASA, no RX, Vitaminas y hierbas actuales

Nombre	Dosis	Cuántas veces por día

Alergias

Nombre de Medicamento	Tipo de reacción

## FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir a Especialistas en Oncología Avanzada (AOS) como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a proporcionarle la más alta calidad de atención médica. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de las políticas financieras de nuestros pacientes.

### **Responsabilidades Financieras del Paciente.**

El paciente es en última instancia responsable del pago de su tratamiento y cuidado.

Estamos encantados de ayudarle mediante la facturación de nuestros aseguradores contratados. Sin embargo, se requiere que el paciente nos proporcione la información más actualizada y actualizada sobre su seguro. Usted será responsable de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o actualizada.

Los pacientes son responsables del pago de copagos, coseguro, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago debe realizarse en el momento del servicio, a menos que se establezca un acuerdo previo de pago. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque y la mayoría de las principales tarjetas de crédito en nuestra oficina.

Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales a discreción de AOS. Estos cargos pueden incluir (pero no se limitan a): Cargo por cheques devueltos.

Cualquier costo asociado con la recolección de saldos de pacientes, es decir, la terminación retroactiva de su cobertura de seguro debido al impago de la prima.

Si AOS tiene que tomar medidas para cobrar contra usted por sus servicios, AOS tendrá derecho a todos sus honorarios, costos y gastos incurridos en cualquier procedimiento de la Corte, incluyendo costos de apelación y honorarios de abogados.

### **Autorizaciones del paciente:**

Mediante mi firma a continuación, autorizo a AOS a divulgar información médica y de otra índole adquirida en el curso de mi examen y / o tratamiento (con las excepciones que se estipulan a continuación) a las compañías de seguros necesarias, terceros pagadores y / o otros médicos o servicios de salud Entidades requeridas para participar en mi cuidado.

Por mi firma a continuación, autorizo la cesión de beneficios financieros directamente a AOS ya cualquier entidad de salud asociada por los servicios prestados como permitidos bajo contratos estándar de terceros. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por esta asignación.

Con mi firma a continuación, autorizo al personal de AOS a comunicarse por correo, contestador automático y / o correo electrónico de acuerdo con la información que he proporcionado en la información de mi registro de paciente.

A través de mi firma a continuación, autorizo a AOS a guardar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito y sólo la cobro si tuviera un saldo pendiente o cualquier saldo restante de un reclamo procesado en el futuro. Soy consciente de que el sistema de almacenamiento utilizado es totalmente compatible con el más alto nivel de las regulaciones de seguridad de almacenamiento de tarjetas de crédito. Una vez almacenado, soy consciente de que sólo los últimos 5 dígitos de mi tarjeta son visibles por el personal de AOS.

### **He leído, entiendo y acepto las disposiciones de este Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente:**

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

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

Estimado Paciente,

Haremos todo lo posible para reunir todo el dinero adeudado por su compañía de seguros. En el caso de que la compañía de seguros no paga por su tratamiento, usted será responsable financiera por cualquier prestación de servicios.

---

Por favor escriba su nombre

---

Firmar y fechar

## AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva: 14 de Abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE USTED ACEDER A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte al Funcionario de Privacidad de las Instalaciones marcando el número de la oficina médica principal.

Cada vez que usted visita un hospital, medico u otro proveedor de cuidados de la salud, se le elabora un expediente de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, resultados de los reconocimientos y pruebas, diagnósticos, tratamiento, un plan para cuidados o tratamiento futuros y la información relacionada con la facturación. Este aviso aplica a todos los expedientes de su cuidado generados por la oficina médica, ya sea que hayan sido elaborados por el personal o agentes de la oficina médica, o su proveedor de cuidados. Su seguro de salud, los hospitales y otros proveedores del tratamiento pueden tener políticos o avisos diferentes consentimientos al uso y divulgación de su información de salud.

### **Nuestras responsabilidades:**

Nos exige la ley mantener la privacidad de su información de salud y subministrarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad. Nos regularemos por los términos de este aviso.

### **Usos y Divulgaciones:**

#### **Como podríamos utilizar y divulgar información de salud sobre usted.**

Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que utilizamos y divulgamos información de la salud:

**Para Tratamiento:** Podríamos utilizar información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Podríamos divulgar información de salud sobre usted a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de la salud, u otro personal de la oficina médica que estén involucrados en cuidar de usted en la oficina médica. Por ejemplo: un doctor tratándole por una pierna rota podría necesitar saber si tiene usted diabetes q que esta puede atrasar el proceso de curación. Los diferentes departamentos de la oficina médica también podrían compartir información de salud sobre usted para coordinar las diferentes cosas que pudiera necesitar, tales como prescripciones, trabajo de laboratorio, alimentos y radiographias.

**Para pago:** Podríamos utilizar y divulgar la información de salud sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrar el pago a usted, su compañía de seguros o a un tercero.

Por ejemplo, podríamos necesitar dar información a su compañía de seguros sobre su cirugía para que así ellos nos paguen o le reembolsen a usted por el tratamiento. También podríamos decirle a su plan de salud sobre el tratamiento que va a recibir para determinar si su plan lo cubriría.

**Para las operaciones del cuidado de la salud:** Los miembros del personal médico y/o equipo para la mejora de la calidad podrían utilizar información en su expediente médico para evaluar el cuidado y los resultados en su caso y otros parecidos. Los resultados serán entonces utilizados para mejorar continuamente la calidad del cuidado para todos los pacientes que servimos. Por ejemplo, podríamos también combinar información de salud sobre muchos pacientes para evaluar la

necesidad de nuevos servicios o tratamientos. Podríamos divulgar información a doctores, enfermeras, y estudiantes con propósitos educativos. Y podríamos combinar información de salud que tenemos con aquella de otras oficinas medicas para ver donde podemos realizar mejoría. Podríamos retirar la información que lo identifica a usted de este grupo de información de salud para proteger su privacidad.

**También podríamos utilizar y divulgar información de salud:**

- A asociados de negocios que hemos contratado para realizar el servicio que se haya acordado y que se cobre por el
- Para recordarle que tiene usted una cita para cuidado medico
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios
- Para decirle sobre posibles alternativas de tratamiento
- Para decirle sobre los beneficios o servicios relacionados con la salud
- Para contactarle como parte de esfuerzos de recolecta de fondos
- Para informarle a Directores Funerarios de acuerdo con la ley aplicable
- Para actividades dirigidas a la población relacionadas con mejorar la salud o reducir los costos del cuidado de la salud
- Para conducir programas de capacitación o revisar la competencia de los profesionales del cuidado de la salud; y cuando se divulgue información, principalmente recordatorios de citas por facturar/ cobrar, podríamos dejarle mensajes en su contestadora o correo de voz.

**Asociados de negocios:** Hay algunos servicios suministrados en nuestra organización a través de contratos con asociados de negocio. Ejemplos incluyen servicios de facturación, transcripcioncitas, y un servicio de copiado que utilizamos al hacer copias de su expediente médico. Cuando estos servicios son contratados, podríamos divulgar información sobre su salud a nuestros asociados de negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado hacer y facturarle a usted o su tercero por los servicios recibidos. Para proteger su información de salud, sin embargo, le exigimos al asociado de negocios que resguarde apropiadamente su información.

**Individuos involucrados en su cuidado o el pago por su cuidado:** Podríamos divulgar información de su salud a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su cuidado médico o que ayude a pagar por su cuidado. Además, podríamos divulgar información de su salud a una entidad que este asistiendo en un esfuerzo de apoyo de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

**Comunicaciones futuras:** Podríamos comunicarnos con usted vía cartas de noticias, correos masivos o otros medios relacionados con opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas para el manejo de enfermedad, programas de bienestar, o otras iniciativas dirigidas a la comunidad o actividades en las que este participando nuestra institución.

**Como lo exige la ley,** podríamos utilizar y divulgar información de la salud para los siguientes tipos de entidades, incluyendo, pero sin limitarse ha:

- Administración de Alimentos y Drogas
- Autoridades de Salud Pública o Legales que eviten o controlen la enfermedad, lesiones o incapacidad.
- Instituciones de Readaptación
- Agentes de Compensación del Trabajador
- Organizaciones de Donación de Órganos o Tejidos
- Autoridades del Comando Militar
- Agencias de Vigilancia de la Salud
- Directores de Funerarias, Médicos Investigadores y Directores Médicos

- Agencias de Seguridad Nacional e Inteligencia
- Servicios de Protección para el Presidente y Otros

**Mandatos legales del cumplimiento de la ley:** Podríamos divulgar información de salud para propósitos de cumplimiento de la ley como lo exige la ley o en respuesta a un citatorio legal

**Requisitos específicos del estado:** Muchos estados tienen requisitos para reportar información, incluyendo las actividades dirigidas a la población relacionadas con la mejora de la salud o reducción de los costos del cuidado de la salud. Algunos estados tienen leyes de privacidad independientes que pudieran implicar requisitos legales adicionales. Si las leyes de privacidad del estado son mas severas que las leyes de privacidad federal, la ley estatal se antepone a la ley federal.

### **Sus derechos sobre la información de su salud:**

No obstante que su expediente médico es de la propiedad física del practicante del cuidado de la salud o la instalación que le reunió, usted tiene el derecho a:

**Inspeccionar y copiar:** Tiene usted el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que pudiera ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Usualmente, esto incluye los registros médicos y de cobranza, pero no incluye las notas de psicoterapia. Podríamos negar su petición para inspeccionar y copiar en circunstancias muy limitadas. Si se le ha negado el acceso a la información de salud, usted puede solicitar que la negativa sea revisada. Otro profesional autorizado del cuidado de la salud elegido por la oficina médica revisara su petición y la negativa.

La persona conduciendo la revisión no será la persona que negó su petición. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Correcciones:** Si usted siente que la información de su salud que tenemos esta incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que corriamos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una corrección durante el tiempo en que la información sea mantenida por o para la oficina médica. Podríamos negar su petición para una corrección y si esto ocurre, usted será notificado de la razón para la negativa.

**Un registro de divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar un registro de divulgaciones. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información de salud para otros propósitos distintos a su tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud, donde una autorización no fue solicitada.

**Petición de restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de salud que utilizamos o divulgamos acerca de su tratamiento, pago o operación del cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que no esté involucrado en su cuidado, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no utilicemos o divulguemos información sobre una cirugía que usted haya tenido.

**No estamos obligados a acatar su petición:** Si acordamos, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesitada para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Petición de comunicaciones confidenciales:** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en una cierta forma o en un cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que le contactemos en el trabajo en lugar de su hogar. La instalación accederá a peticiones



para comunicaciones confidenciales en lugares alternativos y/o vías de comunicación alternativas solo si la petición es remitida por escrito y la petición escrita incluye una dirección de correo donde el individuo recibirá las cuentas por los servicios otorgados por la instalación y la correspondencia relacionada al pago por los servicios.

Por favor tenga en cuenta, que nos reservamos el derecho de contactarle por otros medios y en otros y en otros lugares si usted falla en responder a cualquier comunicación nuestra que requiera una respuesta. Le notificaremos de acuerdo a su petición original antes de intentar contactarle por otros medios o en otro lugar.

**Una copia impresa de este aviso** Tiene el derecho a una copia impresa y el aviso revisado o modificado será efectivo para la información que ya tengamos de usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso vigente será exhibido en la oficina médica e incluirá la fecha de vigencia.

**Quejas:** Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con la oficina medica contactando al número principal y pidiendo con el Funcionario de privacidad. Todas las quejas tienen que ser remitidas por escrito.

***Usted no será penalizado por presentar una queja***

**OTROS USOS DE LA INFORMACION DE LA SALUD:** Otros usos y divulgaciones de la información de la salud no cubiertos por este aviso o las leyes que nos apliquen solo se harán con su permiso escrito. Si usted nos proporciona permiso para utilizar o divulgar la información de su salud, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, ya no podremos utilizar o divulgar su información de salud por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que no somos capaces de revertir cualquier divulgación que ya hayamos hecho en su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros del cuidado que le hemos suministrado y documentado en la oficina o clínica del doctor.

***Por la presente reconozco que me ha sido dada una copia del aviso de privacidad de arriba:***

---

Firma del Paciente

---

Fecha

ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA AVANZADA AHORA  
PRESENTAMOS TODO SUS *ARCHIVOS MEDICOS*  
*ELECTRONICOS*

Estimados Pacientes,

Si ustedes quisieran obtener una copia de sus archivos medicos, Para nosotros aqui en Especialistas en Oncología Avanzada seria un placer dâne una copia.

Aqui tenemos las opciones de câmo obtenerlos.

\$1.00 por Pagina

O

\$5.00 por Disco (CD)

También podemos enviar sus archivos médicos directo a su oficina de medico por fax en tan pronto tengamos su autorización.

Muchas Gracias,

Administración