

THE ORTHOPAEDIC CENTER  
Información del Paciente

DEMOGRAFICAS

EXPEDIENTE# \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_

Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Farmacia preferida y numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Preferencia de comunicación:  Casa  Trabajo  Cel  Correo Electronico

Sexo:  Masculino  Femenino SSN \_\_\_\_\_

Estatus Matrimonial:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

Referencia de Doctor: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Numero# \_\_\_\_\_

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

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Autorización a Información Personal y Medica:  S  N

ASEGURANZA

Nombre de la Aseguradora: \_\_\_\_\_

Poliza: \_\_\_\_\_

ID de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro Principal: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguradora: \_\_\_\_\_

Poliza: \_\_\_\_\_

ID de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro Principal: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

GARANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

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

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

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

Numero# \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

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

Autorización a Información Personal y Médica:  S  N

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

Numero# \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

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

Autorización a Información Personal y Médica:  S  N



## POLÍTICA FINANCIERA

El pago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios, 72 horas antes de los procedimientos programados; esto incluye el pago por cuenta propia, los copagos del seguro y/o los deducibles. Se debe presentar una tarjeta de seguro vigente en cada visita al consultorio. Como un servicio a nuestros pacientes, presentaremos sus reclamos médicos para la fecha del servicio con la información del seguro que tengamos disponible en ese momento. Es su responsabilidad informarnos sobre cualquier cambio en su seguro o información personal, como cambios de dirección y/o teléfono.

Las cuentas con saldos pendientes se consideran vencidas si no se realiza ningún pago durante 31 días. Una vez que una cuenta se encuentra en mora, se puede considerar su aplicación a procedimientos de cobranza y se puede poner en contacto con una agencia independiente. Si su cuenta se aplica a procedimientos de cobranza, se suspenderán todos los servicios futuros hasta que se resuelvan los asuntos financieros.

Sabemos que la información sobre atención médica y seguros puede ser difícil y confusa a veces, por eso estamos aquí para ayudarlo en este proceso mientras busca mejorar su salud. Si tiene alguna pregunta o siente que no puede cumplir con los términos establecidos en la Política financiera, no dude en comunicarse con nosotros al 918/582-6800. Nuevamente, gracias por elegir The Orthopaedic Center. Esperamos poder servirle.

## PLANES

Por la presente, asigno y transfiero directamente a The Orthopaedic Center, PC, todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguros, si los hubiera, que de otra manera me corresponderían por servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por The Orthopaedic Center, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de cualquier pago de seguro o beneficio aplicable. Por la presente, autorizo a The Orthopaedic Center a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por la presente autorizo a mi administrador del plan, fideuciario, asegurador y/o abogado a divulgar a The Orthopaedic Center todos los documentos del Plan, descripciones resumidas de beneficios, pólizas de seguro y/o información de liquidación mediante solicitud por escrito de The Orthopaedic Center o sus abogados para reclamar dichos beneficios médicos.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Además de la cesión de los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro antes mencionados, también asigno y/o transfiero a The Orthopaedic Center, PC cualquier reclamación legal o administrativa o acción elegida que surja de cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o seguro de responsabilidad civil por responsabilidad civil en relación con los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos que recibo de The Orthopaedic Center (Incluido cualquier derecho a presentar dichas reclamaciones legales o administrativas o acciones elegidas). Esto constituye una cesión expresa y consciente de las reclamaciones por incumplimiento de fideicomiso de ERISA y otras reclamaciones legales y/o administrativas.

Además de la cesión de los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro antes mencionados, también asigno y/o transfiero a The Orthopaedic Center, PC cualquier reclamación legal o administrativa o acción elegida que surja de cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o seguro de responsabilidad civil por responsabilidad civil en relación con los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos que recibo de The Orthopaedic Center (incluido cualquier derecho a presentar dichas reclamaciones legales o administrativas o acciones elegidas). Esto constituye una cesión expresa y consciente de las reclamaciones por incumplimiento de fideicomiso de ERISA y otras reclamaciones legales y/o administrativas.

Por medio de esta cesión y designación de representante autorizado, pretendo transmitir a The Orthopaedic Center todos mis derechos para reclamar (o poner un gravamen sobre) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por The Orthopaedic Center, incluidos los derechos a cualquier acuerdo, seguro o recurso legal o administrativo aplicable (incluidos los daños que surjan de reclamos por incumplimiento de deberes fiduciarios de ERISA). The Orthopaedic Center, PC, tiene derecho a (1) obtener información sobre el reclamo en la misma medida que yo; (2) presentar evidencia; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud, incluido proporcionar o recibir notificación de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos o elegir en acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador de plan. The Orthopaedic Center, PC como mi cesionario y mi representante autorizado designado, puede demandar a cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador de plan o compañía de seguros en mi nombre con legitimación derivada a expensas del proveedor. A menos que se revoque, esta cesión es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo la Ley de Protección al Paciente/Ley de Atención Médica Asequible (legislación de reforma de atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales, estatales y locales aplicables.

#### Política de atención de fracturas

Si uno de nuestros proveedores de ortopedia le diagnostica a usted, a su hijo o a alguien que trajo a la clínica con una fractura, el tratamiento de la fractura incluye el examen clínico, radiografías, lectura de radiografías, enyesado/entablillado y seguimiento de esta lesión hasta que haya sanado.

Los cargos asociados con la atención de una fractura (tratamiento cerrado de una fractura) se enumeran como un cargo único. El número de código y los cargos asociados con esto fueron desarrollados por las pautas de Medicare y su compañía de seguros, no por nuestra oficina. La explicación de los beneficios de su compañía de seguros puede describirlo como una "cirugía", pero no es una cirugía, sino un tratamiento cerrado (no quirúrgico) de la fractura.

El cargo por esta fractura es un cargo único que incluye 90 días de atención de seguimiento, también conocido como período global. No se le cobrará una visita al consultorio cada vez que visite al proveedor durante estos 90 días, ya que esto está incluido en su examen y honorarios iniciales para el cuidado de la fractura. Sin embargo, existen cargos adicionales por radiografías, yesos y materiales, y/o aparatos ortopédicos/férulas que no están cubiertos con la tarifa por fractura.

#### Cesión de beneficios

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos principales a los que tengo derecho, incluido el seguro privado, a THE ORTHOPAEDIC CENTER. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, ya sea que los pague dicho seguro. Por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de dichos beneficios.

Nuevamente, gracias por elegir The Orthopaedic Center. Esperamos poder servirle.

"He leído, comprendo y acepto las disposiciones de esta Política de atención financiera y de fracturas".

Firma: \_\_\_\_\_

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

Paciente: \_\_\_\_\_

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



POLÍTICA FINANCIERA  
**POLÍTICA DE NO SHOW / CANCELACIÓN**

Las citas con cualquier proveedor en The Orthopaedic Center deben cancelarse o reprogramarse al menos **24 horas** antes de su cita programada. El Centro Ortopédico ha incurrido en costos para preparar su cita para que el tiempo, el espacio y el personal adecuados estén disponibles para usted.

***PARA UNA CITA CLÍNICA CON UN PROVEEDOR DE ORTOPEDIA O PARA DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES:***

**Pacientes establecidos:**

Tarifa de \$50 por no presentarse o cancelar el mismo día que se debe pagar antes de reprogramar la cita.

**Pacientes nuevos:**

Tarifa de \$25 por no presentarse o cancelar el mismo día que se debe pagar antes de reprogramar la cita.

**Paciente de Medicare o Medicaid:**

No se cobrará ningún cargo por no presentarse o cancelar el mismo día. Después de 3 incidentes, el paciente será dado de baja del consultorio y se notificará al médico que lo refirió.

*Excepciones:*

- *Cancelación de cita por parte de nuestro personal de oficina por razones imprevistas relacionadas con que nuestros proveedores ya no pueden adaptarse a la hora de su cita programada.*
- *Las emergencias de pacientes fuera de su control se evaluarán caso por caso.*

***Para pacientes programados para recibir una INYECCIÓN:***

Los pacientes incurrirán en un cargo de \$150 por no presentarse o cancelar el mismo día.

***Para pacientes programados para CIRUGÍA:***

Los pacientes incurrirán en un cargo de \$500 por no presentarse o cancelar el mismo día.

***Para pacientes de MVA o WORK COMP:***

Los pacientes deberán abonar un cargo de \$300 en caso de no presentarse o cancelar la cita el mismo día. Se aplican algunas exclusiones.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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



## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO.** En virtud de mi firma, autorizo a The Orthopaedic Center, y a cualquiera de sus empleados u otro personal o agentes autorizados, a brindarme servicios de atención médica general.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.** Por la presente autorizo a The Orthopaedic Center y a cualquiera de sus empleados u otro personal o agente autorizado a divulgar cualquiera de mis registros médicos u otra información personal o médica a cualquier empleado, personal autorizado u otro agente de cualquier laboratorio o centro de pruebas de diagnóstico u otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento con el fin de desarrollar un plan de tratamiento o diagnóstico adecuado, o con fines de control de calidad, revisión de utilización u otros análisis diseñados para monitorear y mantener la calidad de la atención. Al autorizar esta divulgación de información, comprendo que dicha información puede indicar que tengo o puedo tener una enfermedad contagiosa y/o no contagiosa o venérea, incluidas, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o VIH o SIDA.

**CONSENTIMIENTO PARA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA E HISTORIAL DE MEDICAMENTOS.** Entiendo que, como parte de mi historial médico electrónico, The Orthopaedic Center transmitirá mis recetas electrónicamente, según lo permitido, a la farmacia que yo designe como mi proveedor farmacéutico principal. Además, The Orthopaedic Center obtendrá el historial de todas mis recetas anteriores que se remontan a dos años atrás de los administradores de beneficios de farmacia y entiendo que esas recetas pasarán a formar parte de mi historial médico electrónico. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para las acciones anteriores.

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE.** En virtud de mi firma a continuación, reconozco que he leído y comprendido todo lo anterior y que se me ha dado la oportunidad adecuada de hacer cualquier pregunta al respecto. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla. Sin mi revocación expresa, este consentimiento caducará automáticamente una vez que se satisfaga la necesidad de divulgación.

**FIRMA.** Mediante la firma del Paciente a continuación, el Paciente declara que tiene 18 años o más y que está legalmente capacitado para dar su consentimiento para el tratamiento y autorizar la divulgación de la información antes mencionada. Mediante la firma de un Padre o Tutor Legal a continuación, dicha persona declara que el Paciente es menor de 18 años (menor de edad) o tiene un tutor designado por el tribunal.

**CONSENTIMIENTO PARA MENSAJERÍA AUTOMATIZADA DE TERCEROS.** Al proporcionar mi número de teléfono residencial, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a The Orthopaedic Center a emplear un sistema de mensajería y alcance automatizado de terceros para comunicarse conmigo sobre diversos temas relacionados con la atención médica, incluidos, entre otros, recordatorios de citas o acciones a tomar antes de una cita, evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, avisos sobre servicios preventivos, opciones de tratamiento, coordinación de atención y otros servicios de salud disponibles; cómo participar en encuestas de satisfacción del paciente o cómo usar nuestro portal seguro para pacientes; e información sobre seguros, facturación, elegibilidad para programas/beneficios y saldos de cuentas. Además, autorizo a The Orthopaedic Center a divulgar a terceros, que pueden interceptar estos mensajes, información médica protegida (PHI) limitada sobre mis eventos de atención médica. Doy mi consentimiento para permitir que se dejen mensajes en mi correo de voz, sistema de contestador automático o con otra persona, si no estoy disponible en el número que proporcioné.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora (AM/PM)



## Consentimiento informado por correo electrónico y mensaje de texto del paciente

El Centro Ortopédico y sus afiliados, agentes, contratistas independientes y cualquier "entidad cubierta" o "socio comercial" (según se definen esos términos en la Regla de Privacidad de HIPAA) con los que se pueda compartir su Información según la HIPAA (colectivamente, "El Centro Ortopédico") pueden comunicarse con usted por correo electrónico, mensaje de texto y/u otras formas de comunicación electrónica no cifrada (en conjunto, "Mensajería Electrónica") a los números de teléfono, direcciones de correo electrónico u otras ubicaciones reflejadas en su cuenta o según lo dispuesto a continuación. Este formulario proporciona información sobre el uso, los riesgos y las condiciones de la Mensajería Electrónica por parte del Centro Ortopédico. También se utilizará para documentar su consentimiento para la comunicación del Centro Ortopédico con usted por Mensajería Electrónica.

**Cómo utilizaremos la mensajería electrónica:** El Centro Ortopédico puede utilizar Mensajería Electrónica a través de un sistema automatizado de mensajería y alcance de terceros para comunicarse con usted con respecto a una amplia gama de cuestiones relacionadas con la atención médica, que incluyen, entre otras:

- recordatorios de citas o acciones que debe realizar antes de una cita, evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y avisos sobre servicios preventivos, opciones de tratamiento, coordinación de su atención y otros servicios de salud disponibles;
- cómo participar en encuestas de satisfacción del paciente o cómo utilizar nuestro portal seguro para pacientes; e información sobre seguros, facturación, elegibilidad para programas/beneficios y saldos de cuentas.

El Centro Ortopédico puede utilizar marcadores automáticos o mensajes de voz pregrabados cuando se comunica con usted a través de Mensajería Electrónica. Toda la Mensajería Electrónica puede formar parte de su historial médico.

**Riesgos del uso de mensajería electrónica:** La mensajería electrónica conlleva una serie de riesgos que debes tener en cuenta, entre ellos:

- Los mensajes electrónicos pueden circular, reenviarse, enviarse a destinatarios no deseados y almacenarse electrónicamente y/o en papel.
- Los remitentes pueden fácilmente dirigir incorrectamente los mensajes electrónicos y enviar la información a un destinatario no deseado.
- Pueden existir copias de seguridad de la mensajería electrónica incluso después de su eliminación.
- Los mensajes electrónicos pueden no ser seguros y pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
- Los proveedores de servicios de mensajería electrónica pueden cobrar por las llamadas o mensajes recibidos.
- Los empleadores y proveedores en línea tienen derecho a inspeccionar los mensajes electrónicos enviados a través de los sistemas de su empresa.
- Los mensajes electrónicos pueden utilizarse como prueba ante un tribunal.

**Condiciones de uso de la mensajería electrónica:** El Centro Ortopédico no puede garantizar, pero utilizará los medios razonables para mantener, la seguridad y confidencialidad de los mensajes enviados. Al firmar donde se indica a continuación, usted reconoce su consentimiento para el uso de Mensajería Electrónica en las siguientes condiciones:

- **EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, NO USE MENSAJERÍA ELECTRÓNICA, LLAME AL 911.** Los mensajes o necesidades urgentes deben transmitirse mediante una comunicación telefónica habitual. Los mensajes o necesidades que no sean urgentes deben transmitirse mediante una comunicación telefónica habitual o mediante nuestro portal seguro para pacientes.
- Es posible que se archiven mensajes electrónicos en su historial médico.
- El Centro Ortopédico no es responsable por violaciones de confidencialidad causadas por usted o cualquier tercero.
- Usted es el único responsable de cualquier cargo incurrido según su acuerdo con su proveedor de servicios de mensajería electrónica (por ejemplo, por minuto, por mensaje, por unidad de datos recibidos o de otro modo).

**Caducidad y revocación del consentimiento:** A menos que retire su consentimiento, este caducará al finalizar su relación de tratamiento con The Orthopaedic Center. Puede optar por dejar de participar en la mensajería electrónica en cualquier momento informando a The Orthopaedic Center por escrito como se describe en este documento. Además, comprende que retirar este consentimiento no le hará perder ningún beneficio o derecho al que de otra manera tenga derecho, incluido el tratamiento continuo, el pago o la inscripción o la elegibilidad para los beneficios. Para retirar el consentimiento y dejar de participar en la mensajería electrónica, comuníquese con The Orthopaedic Center.

**Reconocimiento y acuerdo del paciente:** He leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con el uso de mensajería electrónica entre The Orthopaedic Center y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones e instrucciones descritas, así como a cualquier otra instrucción que The Orthopaedic Center pueda imponer para comunicarse conmigo por mensajería electrónica.

Entiendo que The Orthopaedic Center enviará mensajes electrónicos a los números de teléfono y direcciones de correo electrónico en mi cuenta:

Solicito recibir mensajes de texto

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Solicito recibir mensajes de correo electrónico

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Liberar** En consideración a los servicios de The Orthopaedic Center y mi solicitud de recibir Mensajería Electrónica como se describe en este documento, por la presente libero a The Orthopaedic Center de todos y cada uno de los reclamos, causas de acción, demandas, lesiones, daños, pérdidas, responsabilidades u otros perjuicios que resulten de o estén relacionados con las llamadas o mensajes, incluidos, entre otros, cualquier reclamo, causa de acción o demanda basada en cualquier supuesta violación de la ley (Incluidas, entre otras, la Ley de Protección al Consumidor Telefónico, la Ley de Veracidad en la Identificación de Llamadas, la Ley CAN-SPAM, la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, la Ley de Informes Crediticios Justos, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, cualquier ley o estatuto estatal y local similar, y cualquier ley federal o estatal de agravio o protección al consumidor).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
tutor legal Firma del padre/  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del paciente

\_\_\_\_\_  
Hora (AM/PM)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a dicha información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

#### Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

##### Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

##### Pídanos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

##### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

##### Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para fines de tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para fines de pago o de nuestras operaciones. Diremos que sí, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

##### Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información, excepto la relacionada con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones específicas (como las que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro informe dentro de los 12 meses.

##### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

##### Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

##### Presentar una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una reclamación si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

##### Tus opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en una situación de sncorro ante desastres.
- Incluir su información en un directorio del hospital

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartimos tu información a menos que nos des permiso por escrito:

- fines de marketing
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia.



## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo normalmente utilizamos o compartimos su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### Te trato

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *Ejemplo:*  
*Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

#### Dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y servicios.*

#### Factura por tus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.  
*Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.*

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública.

Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

#### Hacer una investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

## Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

#### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

#### Trabajar con un médico forense o un director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

#### Abordar las solicitudes de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación [laboral]
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

#### Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

#### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcpp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcpp.html)

## Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

#### Contacto de privacidad

El Centro Ortopédico ha designado a un Oficial de Privacidad, Bruce Schultz, como su persona de contacto para todos los asuntos, preguntas o inquietudes relacionadas con nuestras prácticas de privacidad de la información médica y sus derechos bajo la HIPAA. Puede comunicarse con el Sr. Schultz en la siguiente dirección: The Orthopaedic Center, ATTN: Bruce Schultz, Privacy Officer, 1809 E. 13th St., Suite 100, Tulsa, Oklahoma, 74104; por teléfono al (918) 582-6800; o por correo electrónico a: [bschultz@toctulsa.com](mailto:bschultz@toctulsa.com).

ESTE AVISO ENTRA EN VIGENCIA EL 1 DE ENERO DE 2015



## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida.

He recibido tu *Aviso de prácticas de privacidad* que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Aviso de prácticas de privacidad* de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección indicada anteriormente para obtener una copia revisada del *Aviso de prácticas de privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones que solicito, pero si las acepta, está obligado a cumplirlas.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

---

### SOLO PARA USO DE OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento de este Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Razón:



## Monitoreo de medicamentos protocolo

### **P: ¿Cuál es el propósito del monitoreo de medicamentos y qué debo esperar?**

A: El seguimiento de la adherencia es necesario para salvaguardar nuestra práctica médica y garantizar la seguridad de los pacientes.

Terapia con medicamentos.

- Nuestra política puede incluir un análisis de drogas en orina.
- Con el consentimiento del paciente, obtendremos un análisis de drogas en orina antes de comenzar la terapia con medicamentos y, de forma aleatoria, en visitas de seguimiento para confirmar el uso apropiado de los medicamentos.
- El médico/nivel medio deberá responder ante cualquier resultado anormal de cualquier monitoreo y dicha respuesta quedará registrada en el historial del paciente.
- Cuando un médico está tratando a un paciente con narcóticos para el dolor o el dolor crónico, el médico obtendrá o hará un esfuerzo diligente para obtener cualquier registro de diagnóstico previo relacionado con la condición para la cual se están recetando los narcóticos y obtendrá o hará un esfuerzo diligente para obtener cualquier registro de tratamiento previo del dolor.

### **P: ¿Cuándo se debe realizar el seguimiento de la medicación? A: Se**

considerará la monitorización de la medicación cuando:

- Inicialmente, identificar todos los demás medicamentos que puedan estar presentes en un nuevo paciente que requiera terapia con medicamentos para reducir las posibilidades de efectos secundarios de los medicamentos.
- Como parte de una evaluación preoperatoria para incluir nicotina/metabolitos de nicotina en pacientes sometidos a fusión espinal o fijación de fractura si se sospecha o se conoce el uso de tabaco
- ¿Alguna nueva receta de analgésicos narcóticos?
- Cualquier paciente que acuda al consultorio usando analgésicos narcóticos y solicite recargas. Cualquier paciente
- con antecedentes documentados o autoconfesados de abuso de sustancias ilegales en remisión. Sospecha de
- abuso de medicamentos o analgésicos narcóticos
- Cualquier paciente actual al que le hayamos recetado un medicamento narcótico para el dolor y/o después de la operación.
- Cada vez que un paciente regresa para su primera recarga de medicamento recetado para protegerse contra el desvío de los medicamentos iniciales recetados.

***Para preguntas sobre facturación  
Por favor llame al (918) 582-6800***

## Cuestionario de medidas de calidad

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

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

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

### Estado de consume de tabaco:

<input type="checkbox"/> Fumador activo todos los días	<input type="checkbox"/> Fumador en el pasado, actualmente inactivo
<input type="checkbox"/> Fumador activo algunos días	
<input type="checkbox"/> Actual usuario de tabaco sin humo	<input type="checkbox"/> Nunca fumador

Vacuna contra la influenza: Si / No

Vacuna contra la Neumonía: Si / No

### Riesgo de caída: (65 años o mayor)

1. Historial de caídas menos de 3 meses S/N
2. Diagnóstico secundario  Neuropatía  Prótesis  Otro.
3. Uso de ayuda ambulatoria  Sin ayuda  Reposo en cama  Asistencia  Muletas  Bastón  Andador  Muebles
4. IV ó heparina Loc S/N
5. Transferencia de la marcha  Normal  Reposo en cama  Inmóvil  Débil  Deterioro
6. Estado mental  Habilidad propia  Olvido



Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Referencia: S / N \_\_\_\_\_ Medico de Referencia: \_\_\_\_\_

Razón de la cita: \_\_\_\_\_

Por Favor Describe: \_\_\_\_\_

Ha sido tratado por orto Medico para esta condición? S / N

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

Fecha de la lesión a problema? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Compensacion de Trabajo S / N

Síntomas: (Marque todo lo que corresponda)

- Molesto
- Entumecido
- Sin fuerza
- Truena
- Tiesolo
- Hormiguero
- Parálisis
- Dolor
- Sensibilidad
- Inestabilidad
- Hinchazon

Califique su dolor: (Sin Dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Lo mas grave de dolor)

Tratamiento Previo: (Marque todo lo que corresponda)

- Rayo-x
- tomografía
- Terapia
- Inyección (Tipo: \_\_\_\_\_)
- Otro \_\_\_\_\_

Alergia a Droga:  Aspirina  Codeina  Penicilina  Sulfa  Tinto de IV  No Concida Alergia

Otras Alergias: (Enumere) \_\_\_\_\_

Medicamentos: (Enumere)  No Hay Medicamentos Actuales

Nombre de Medicamento	Nombre de Medicamento	Nombre de Medicamento

Claustrofobo S / N

Marcapaso S / N

Stent Cardíaco S / N

Estimulado Óseo S / N

Historia Medica:

- Migrana
- Hipertension
- Artritis
- Anemia
- EPOC
- Colesterol Alta
- ERGE
- Trastorno de sangre
- Asma
- Cerebrovascular
- Hepatitis
- Cancer
- Apnea del Sueno
- Convulsiones
- Enfermedad Hepatica
- Coágulos de sangre
- SIDA o VIH
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad Rinon
- Enfermendad del corazon
- Ansiedad
- Transtorno de la Tiroides
- TrastornoPsiqueatrico

Historia Medico que no aparece? \_\_\_\_\_

Estas Embarazada? S / N

Historia de Cirugias: \_\_\_\_\_

Sin Antecedentes cirugia

Problemas con la anestesia? \_\_\_\_\_

Utiliza tabaco: S / N Paquetes por día \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Usa drogas ilícitas: S / N

Bebes Alcohol: S / N Cuanto? \_\_\_\_\_ 6 o mas tazas de cafina: S / N

Ocupación: \_\_\_\_\_

Mano Dominante: Mano Derecha / Mano Izquierda

Hace Ejercicio? S / N

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Ubicación De Farmacia: \_\_\_\_\_

He tenido la siguiente: Vacuna de la gripe: S / N Vacuna de Neumonía: S / N

Historia de Familia: Marque todo lo que corresponda.

Diagnostico	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Familia
Hipertension					
Enfermedad de Corazon					
Hiperlipidemia					
Carrera (ACV)					
Asma					
Enfermedad de Pulmones					
Demencia					
Convulsiones					
Depresion					
Enfermedad de Rinones					
Artritis					
Enfermedad de la Sangre					
Transtorno de la Coagulacion					
Diabetes Mllitus					
Tuberculosis					
Cancer de Hueso					
Cancer de Pecho					
Cancer De Pulmon					
Cancer Prostata					
Cancer Renal					
Otro Cancer					
Otros					

Adoptado

Sin Historia



FORMULARIO DE DIAGRAMA DE DOLOR

Fecha:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

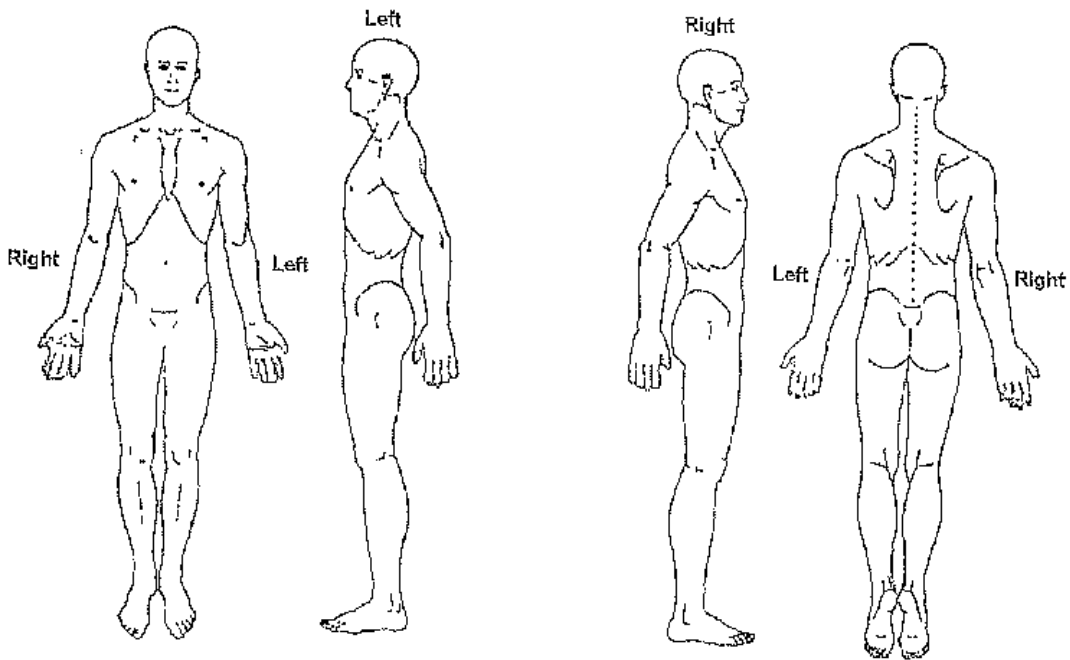
Cuadro:

Ubicación del dolor: utilice los diagramas para mostrarnos dónde siente dolor, entumecimiento y molestias.

Dolor = XXXXXX Entumecimiento = 000000 Dolor = ////

Por favor, marque todas las opciones que correspondan: Ardor Pulsante Espasmo Debilidad Hormigueo / Agujas Entumecimiento Agudo

Dolor punzante, sordo, punzante, punzante, calambres, dolor, hormigueo



Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_