



Paquete de información para paciente nuevo

Estimado paciente,

Hola y bienvenido-a a Southwest Kidney Institute, PLC. Para que su primer visita con nosotros sea sin problemas, por favor revise y complete la información que se pide in este paquete, lo más completamente posible antes de su cita.

Le pedimos que llega a la oficina 15 minutos antes de su cita para poder asegurar de que toda la información necesaria esta completa en las formas requeridas antes de su cita, de otra manera puede ser que su cita tenga que ser cambiada para otro día.

Favor de traer una lista de todos sus medicamentos y/o traer todos sus medicamentos a su primer cita. También traiga con usted su tarjeta o tarjetas de seguro medico y una forma de identificación con fotografía.

Muchas de las compañías de seguros médicos requieren una referencia, autorización previa o las dos antes de que proporcionen pago por su visita. Si usted tiene ese tipo de plan, por favor llame a su médico de atención primaria y obtenga la referencia y/o autorización necesaria. Si no está seguro de que necesita tener una referencia y/o autorización para su cita, favor de llamar a nuestra oficina unos 7 días antes de su cita, y estaremos encantados de ayudar. Si no recibimos la referencia y/o autorización de la su compañía de seguro medico a tiempo para su cita, le llamaremos para cambiar su cita para otro día.

Además, vamos a necesitar una copia de su expediente médico de su doctor principal. Nosotros pediremos la copia de su expediente de su doctor, pero si no podemos obtener la copia de su expediente antes de su cita es posible que tengamos que cambiar su cita para otro día.

Es requerimiento colectar copagos y pago de coseguro en el momento de servicio. Si usted no puede hacer los pagos requeridos en el momento de servicio, debe de llamar a nuestra oficina antes de su cita para hacer arreglos financieros. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque, Visa y MasterCard.

Para resumir la información anterior:

Al recibir esta carta:

- Llame a la oficina de su médico principal o el médico que lo envía a nuestra oficina y obtenga la referencia o autorización necesaria;
- Asegúrese de que su médico principal o el médico que lo envía a nuestra oficina mando la copia de su expediente médico que le pedimos;



El día de su visita:

- Llegue 15 minutos antes de su cita;
- Traiga con usted todas las formas en este paquete completas lo mejor posible;
- Traiga con usted todas sus tarjetas de seguro medico y su identificación con fotografía;
- Traiga con usted la lista y/o todos sus medicamentos;
- Este preparado para dar una muestra de orina cuando llegue a la oficina;
- Este preparado para dar cualquier pago necesario en el momento de su visita.

Nos gustaría darle las gracias por esta oportunidad de servirle a usted y esperamos conocerlo-a pronto. Si tiene cualquier pregunta, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina y nuestro personal le ayudara de cualquier manera posible.

Sinceramente,

Southwest Kidney Institute, PLC



Paquete de información para paciente nuevo

Favor de llenar las siguientes formas lo mejor posible

Información personal del paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Circule su sexo Femenino Masculino Circule su estado civil Casado-a Viudo-a Divorciado-a Separado-a Soltero-a Circule

su raza Africano-Americano Caucáseo Hispano Asiático Indígena-Americano Numero de licencia de manejar:

_____ Fecha de caducidad: _____

Información de empleo del paciente

Circule su estado Empleado Jubilado Deshabilitado Estudiante Otro Nombre de la compañía de empleo:

_____ Teléfono de la compañía de

empleo: _____ Ocupación: _____

Contactos de Emergencia

Nombre Relación al paciente Teléfono

Persona responsable de la cuenta si no es el paciente Nombre:

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre de la compañía de empleo: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____



Médico de atención primaria y medico referente Médico de atención primaria:

_____ Teléfono: _____ Medico referente:
_____ Teléfono: _____

Información de du seguro medico Nombre de su seguro medico primario:

_____ Número de identificación:
_____ Numero de grupo/póliza: _____ Nombre del subscriptor-
ra: _____ Relación al paciente:
_____ Nombre de la
compañía de empleo del subscriptor-ra: _____ Fecha de
nacimiento del subscriptor-ra: _____ Número
de seguro social del subscriptor-ra: _____

Nombre de su seguro medico secundario: _____
Número de identificación: _____ Numero de grupo/póliza: _____
Nombre del subscriptor-ra: _____
Relación al paciente: _____
Nombre de la compañía de empleo del subscriptor-ra: _____
Fecha de nacimiento del subscriptor-ra: _____
Número de seguro social del subscriptor-ra: _____

Información de farmacia:

Nombre de farmacia: _____
Dirección de farmacia: _____
El Teléfono de la farmacia #: _____
El Fax de la farmacia #: _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Dirección del tratamiento (ejemplo: 1 por día, 2 cada 6 horas)
------------------------	-------	--

Ha tomado medicamento anti-inflamatorio como los siguientes: Advil, Motrin, Aleve, Celebrex, Vioxx, Ibuprofen, Naprosyn, Bextra, etc.? Si _____ No _____

Si su respuesta es Si liste los medicamentos: _____

Tiene alergia a algún medicamento: _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Historia Médica

¿Usted ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Circule todas las que apliquen

	No	Si
Enfermedad del corazón	N	S
Diabetes	N	S
Presión arterial alta	N	S
Embolia cerebral	N	S
Hepatitis	N	S
Artritis	N	S
Insuficiencia renal	N	S
Neumonía	N	S

	No	Si
Asma	N	S
Enfermedad neurológica	N	S
Infecciones de los riñones	N	S
Piedras en los riñones	N	S
Transfusiones de sangre	N	S
Anemia	N	S
Úlceras	N	S

Otra _____

Hospitalizaciones y cirugías previas (Favor de incluir las fechas)

Historia Social actual (circule)

Alcohol por día Nada Ocasionalmente 1 bebida/día 2 bebidas/día 3+ bebidas/día Uso de tabaco Nunca Anteriormente, pero lo deje en ____ (año) Actualmente ____ cajetillas/día Uso de drogas Nunca Tipo/Frecuencia

Historia Médica Familiar

¿Tiene algún familiar que haya tenido lo siguiente?: Enfermedad del riñón Si ___ No ___ Si su respuesta fue Si, liste que miembro(s) de su familia: _____ Diabetes Si ___ No ___ Si su respuesta fue Si, liste que miembro(s) de su familia: _____ Alta presión Si ___ No ___ Si su respuesta fue Si, liste que miembro(s) de su familia: _____ Sordera Si ___ No ___ Si su respuesta fue Si, liste que miembro(s) de su familia: _____

Sangre en la orina Si ___ No ___ Si su respuesta fue Si, liste que miembro(s) de su familia: _____ ¿Algún miembro de su familia ha estado en diálisis? Si ___ No ___ Si su respuesta fue Si, liste que miembro(s) de su familia: _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Consentimiento para dar información y resultados de pruebas

Yo, _____, doy consentimiento y autorización a los empleados de Southwest Kidney Institute, PLC de dar mi información médica a las siguientes personas. Esta información puede incluir y no es limitada a mis citas programadas y/o cirugías, laboratorio, pruebas de radiografía y medicamentos.

Favor de completar lo siguiente:

Contacto: Teléfono#: Relación al paciente:

Se puede dejar mensaje en:	Si	No	Numero
Maquina facsímile	S	N	
Maquina contestadora de teléfono del hogar	S	N	
Teléfono celular	S	N	

Fecha _____

Firma _____



Póliza Financiera

Bienvenido-a a Southwest Kidney Institute. Estamos dedicados al cuidado de la salud de alta calidad. Tenemos personal con experiencia que entiende su necesidad de confidencialidad y compasión. Requerimos que usted proporcione a nuestra oficina su información para poder mandar las formas de cobro a su compañía de seguro medico. Por favor asegúrese de que nos ha proporcionado su tarjeta de seguro medico correcta ya que necesitamos sacarle copia de frente y de atrás de la tarjeta. También necesitamos pedirle que nos proporcione una forma de identificación con fotografía para su expediente (por ejemplo: licencia de manejar, etc.). El copago se tiene que pagar al momento del servicio. Le pedimos que cualquier balance en su cuenta sea pagado puntualmente.

Favor de leer y firmar lo siguiente para que podamos cobrarle a su compañía de seguro medico.

Yo autorizo a SOUTHWEST KIDNEY INSTITUTE a dar información referente a mi salud a mi compañía de seguro medico. Yo entiendo que mi compañía de seguro médico le pueda pedir una copia de mi expediente médico a mi doctor, para poder pagar los cobros mandados. Yo le doy permiso a Southwest Kidney Institute de mandar lo necesario para obtener el pago del los cobros que envíe. Yo le cedo mis beneficios de seguro medico a Southwest Kidney Institute. Yo entiendo que Yo soy totalmente responsable por cualquier/por todos los cargos y me comprometo a pagar cualquier balance que mi compañía de seguro medico no pague. Esta autorización se queda en efecto desde hoy hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del paciente Fecha

Testigo Fecha



ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE USTED RECIBIR ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Southwest Kidney Institute, PLC (el "Consultorio") se dedica a mantener la privacidad de su información personal de salud. Cada vez que un paciente visita esta oficina; se hace un registro en su expediente medico el cual describe los tratamientos y servicios que se le proporcionaros. La ley federal especifica las protecciones de privacidad y los derechos individuales relacionados con la información que mantenemos y que lo-a identifica a usted como paciente. La información protegida incluye: sus datos demográficos y datos acerca de su salud física o mental del pasado, presente y futuro. Nuestra oficina ha adoptado una póliza y procedimientos para ayudar a proteger su información de salud. Estamos obligados a proporcionarle esta notificación que especifica nuestras obligaciones legales y responsabilidades relacionadas con el uso y revelación de información de salud que identifica al paciente, Prácticas de Privacidad, y ejemplos de cómo su información pueda ser usada o revelada.

El consultorio cumplirá con los términos de esta notificación. Nosotros podemos modificar esta notificación en cualquier momento. La nueva versión de la notificación será anunciada en nuestra oficina en una locación prominente. Usted puede pedir una copia de la versión más nueva en cualquier momento. Revisiones a esta notificación se pondrán en efecto para toda la información de salud mantenida en esta oficina: pasada, presente y futura.

El consultorio podrá usar su información individual de salud para los siguientes objetivos sin su autorización:

- 1 Tratamiento: Nosotros podríamos usar y revelar su información identificable de salud para darle tratamiento y para asistir a otros en su tratamiento. Por ejemplo, podríamos mandar una copia de su expediente a otro de sus médicos para que ese medico pueda evaluar su condición, o también podríamos revelar su información a otros que participan en el cuidado de su salud, como su esposo-a, sus hijos o padres.
- 2 Pago: Nosotros podríamos usar su información de salud para cobrar y coleccionar pago por los servicios proporcionados. Esto podría incluir proporcionarle a su compañía de seguro medico los detalles de su tratamiento, distribuir su información de pago a otros proveedores de su tratamiento, podremos ponernos en contacto con usted por teléfono o por escrito acerca del balance de su cuenta, o mandar la información del balance no pagado a una agencia de coleccion.
- 3 Operaciones de negocio de asistencia de salud: Nosotros podríamos usar o revelar su información de salud para manejar nuestro negocio. Po ejemplo, su información de salud podría ser usada para evaluar la calidad de la asistencia que le proporcionamos, para mantener nuestra licencia del estado o par a identificarlo-a por su nombre cuando visite nuestra oficina.
- 4 Recordarle de su cita: Nosotros podríamos usar y revelar su información para recordarle de sus citas. Nosotros podríamos mandarle una tarjeta postal para recordarle de sus citas programadas.
- 5 Opciones de Tratamiento: Nosotros podríamos usar su información de salud para informarle a usted de las opciones de tratamiento o de otros servicios relacionados a la salud que puedan interesarle.
- 6 Asociados al negocio: Nosotros podríamos distribuir su información de salud con otros individuos o compañías que desempeñan actividades por nosotros o en nombre de nuestra oficina, como la compañía que contesta nuestros teléfonos después de horas de oficina, la oficina de finanzas y el departamento de garantía de calidad. Nuestros asociados al negocio se comprometen a proteger la privacidad de su información de salud.
- 7 Investigación: Nosotros podríamos usar su información en conjunto con agentes del consultorio quienes podrían estar obligados a revisar su expediente, así como se le es permitido a nuestros empleados, para poder determinar si usted califica para proyectos de investigación. Si a usted le piden participar en un proyecto de investigación, primero le pedirán que ejecute una autorización, otorgando al consultorio o a la organización de investigaciones el derecho de usar su información de salud que es protegida.



- Para actividades de salud pública esto incluye reportar ciertas enfermedades contagiosas.
- Para los programas requeridos por ley como el de compensación al trabajador y otros como este.
- A las autoridades cuando nosotros sospechamos abuso, negligencia o violencia domestica.
- A las agencias dedicadas a cuidado de la salud
- A su lugar de empleo si es que le proporcionamos servicios de asistencia de salud a petición de su lugar de empleo, sobre la cual nosotros le proporcionaremos una notificación por escrito de la revelación de esta información.
- Por orden judicial y de procedimientos de persecución administrativa.
- Por imposición de la ley
- Al inspector médico, juez de primera instancia o al director de la funeraria.
- Para la facilitación de la donación de órganos, de ojos o donación de pies si es que usted es donante.
- Para objetivos de investigación en circunstancias estrictamente limitadas.
- Para evitar una amenaza seria a su salud y su seguridad y la de otros.
- Para objetivos gubernamentales como el servicio militar o la seguridad nacional.
- En caso de emergencia o para ayuda en caso de desastre.
- En cualquier otra circunstancia requerida por ley
- Hoja de registro

El consultorio podría también revelar su información a miembros de su familia y/o a otras personas que participan en su cuidado o en el pago de su cuenta. El consultorio podría dejar mensajes para usted en su trabajo o en su hogar acerca de sus citas. Si usted prefiere que no dejemos mensajes, favor de informárselo a nuestro oficial de privacidad por escrito.

Todos los demás usos y revelaciones de su información a otros requerían autorización firmada y por escrito de usted. Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento excepto a los usos o revelaciones que ya se hayan ejecutado al momento de la revocación.

SU EXPEDIENTE MEDICO ES LA PROPIEDAD FISICA DEL CONSULTORIO. LA INFORMACION QUE CONTIENE LE PERTENECE A USTED. MAS ABAJO ESTA LA LISTA DE SUS DERECHOS REFERENTES A SU INFORMACION IDENTIFICABLE DE SALUD. TODAS LAS PETICIONES EN RELACION CON ESTA LISTA TIENEN QUE HACERSE POR ESCRITO A NUESTRO OFICIAL DE PRIVACIDAD A LA DIRECCION PROPORCIONADA ABAJO. NOSOTROS LE PROPORCIONAREMOS LAS FORMAS APROPRIADAS PARA LA EJECUCION DE SUS DERECHOS. NOSOTROS LO NOTIFICAREMOS, POR ESCRITO, SI SU PETICION NO PUEDE SER OTORGADA.



- 1 Restricciones de uso y revelación: Usted tiene el derecho de pedir restricciones de cómo nosotros usamos y revelamos su información de salud. Esto incluye peticiones para restringir la revelación de su información de salud a solo individuos y compañías limitadas, que participan en el cuidado de su salud como miembros de su familia y compañías de seguro médico. Nosotros no estamos obligados a aceptar su petición. Si nosotros aceptamos, estaremos obligados a respetar su petición a menos que esté requerido o autorizado por ley.
- 2 Comunicación confidencial: Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera y a un lugar determinado por usted. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted a su hogar. Nosotros complaceremos peticiones razonables.
- 3 Acceso: Usted tiene derecho a inspeccionar o pedir una copia de los registros usados para tomar las decisiones acerca de su salud, esto incluye su expediente médico y los registros de su cuenta financiera. Esta oficina programara una cita para que pueda inspeccionar su expediente médico. Nosotros podríamos cobrarle por las copias de sus registros. En circunstancias especiales, nosotros podríamos negarle su petición para inspeccionar y/o copiar sus registros. Usted puede pedir una revisión de la negación.
- 4 Enmendar registros: Usted tiene el derecho de pedir que se hagan modificaciones a su expediente creado por o para el consultorio si usted cree que es incorrecto o incompleto. Nosotros podríamos aceptar o negar su petición. Si nosotros negamos su petición, usted tiene el derecho de proveer una declaración de desacuerdo o declaración de refutación.
- 5 Contabilidad de revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir cuenta de las revelaciones. Esto significa que usted puede pedir una lista de ciertas revelaciones de su expediente que el consultorio ha hecho. En cuanto recibamos la petición, le proporcionaremos esta información una(1) vez gratis cada doce (12) meses. Copias adicionales podrían serle cobradas.
- 6 Copia de la notificación: Usted tiene el derecho de pedir que nosotros le proporcionemos con una copia en papel de la modificación de prácticas de privacidad.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, favor de ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad del consultorio.
(480) 610-6100



**Recibo de reconocimiento de la
Notificación de Practicas de Privacidad**

Yo reconozco que Yo he recibido una copia de esta Notificación de Practicas de Privacidad del consultorio que explica cómo se usara, se revelara y se protegerá la información confidencial del paciente.

Nombre del paciente

Nombre/Relación si la persona que firma no es el paciente

Firma del paciente Fecha

Testigo Fecha

Rev.: 7/29/2005, 8/19/2005,9/06/2006
,7/15/2010