

## INFORMACION DEL PACIENTE

|  |                         |  |                            |                       |                      |
|--|-------------------------|--|----------------------------|-----------------------|----------------------|
| Apellido   | Primer Nombre           | Segundo Nombre   | (Sufijo, Jr., I, II, etc.) | Sr., Sra., Srta., Dr. | <u>M / F</u><br>Sexo |
| Fecha de Nacimiento  | Número de Seguro Social | Alias- Sobre Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) |                            |                       |                      |
| Domicilio Permanente   | Ciudad                  | Código Postal  | Estado                     | Condado               | País                 |
| Teléfono de Contacto ( <b>Circle</b> el Numero Principal): Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ |                         |  |                            |                       |                      |
| Estado Civil: _____  |                         |  |                            |                       |                      |
| Si es Domicilio Temporal: Se Necesita: Fecha de Inicio: _____ Fecha de Terminación: _____            |                         |  |                            |                       |                      |

## INFORMACION DEL MEDICO FAMILIAR

Que medico lo mando a nuestra clinica hoy?

|   |                          |                    |
|---|--------------------------|--------------------|
| Nombre (Apellido, Primer Nombre)                                | Dirección                | Numero de Telefono |
| Nombre de <b>Doctor Familiar -PCP</b> (Apellido, Primer Nombre) | Dirección de Consultorio | Número de Teléfono |

## INFORMACION DE EMPLEO

|                  |                             |  |
|------------------|-----------------------------|--|
| Nombre de Empleo | Número telefónico de Empleo | Dirección de Empleo (Calle, Ciudad, Código Postal) |
| Oficio: _____    | Estado de Empleo: _____     |  |

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

|          |  |                          |  |
|----------|--|--------------------------|--|
| 1. _____ | Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) | Relación con el Paciente | Numero Telefónico (casa, trabajo, celular) |
| 2. _____ | Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) | Relación con el Paciente | Numero Telefónico (casa, trabajo, celular) |

## GARANTE (PERSONA RESPONSABLE) (Si no uno mismo. llene esta información)

|                            |                         |  |                      |                      |
|----------------------------|-------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Relación con el paciente   | Apellido                | Primer Nombre                                      | Segundo Nombre       | <u>M / F</u><br>Sexo |
| Número de Seguro Social    | Fecha de Nacimiento     | Teléfono de la Casa                                | Teléfono del Trabajo |                      |
| Domicilio Permanente       | Ciudad                  | Código Postal                                      | Estado               | Condado País         |
| Nombre del Lugar de Empleo | Teléfono del Empleo     | Dirección de Empleo (Calle, Ciudad, Código Postal) |                      |                      |
| Oficio: _____              | Estado de Empleo: _____ |  |                      |                      |

**SEGURO MEDICO PRINCIPAL**

\_\_\_\_\_ ¿Suscriptor del la cobertura?  Uno mismo  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del Seguro Medico

**INFORMACION DEL SUSCRIPTOR (Si no uno mismo, llene esta información)**

|                            |                         |  |                      |                      |
|----------------------------|-------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Relación con paciente      | Apellido                | Primer Nombre                                      | Segundo Nombre       | <u>M / F</u><br>Sexo |
| Número de Seguro Social    | Fecha de Nacimiento     | Teléfono de la Casa                                | Teléfono del Trabajo |                      |
| Domicilio Permanente       | Ciudad                  | Código Postal                                      | Estado               | Condado País         |
| Nombre del Lugar de Empleo | Teléfono del Empleo     | Dirección de Empleo (Calle, Ciudad, Código Postal) |                      |                      |
| Oficio: _____              | Estado de Empleo: _____ |  |                      |                      |

**SEGURO MEDICO SECUNDARIO**

\_\_\_\_\_ ¿Suscriptor del la cobertura?  Uno mismo  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del Seguro Medico

**INFORMACION DEL SUSCRIPTOR (Si no uno mismo, llene esta información)**

|                            |                         |  |                      |                      |
|----------------------------|-------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Relación con el paciente   | Apellido                | Primer Nombre                                      | Segundo Nombre       | <u>M / F</u><br>Sexo |
| Número de Seguro Social    | Fecha de Nacimiento     | Teléfono de la Casa                                | Teléfono del Trabajo |                      |
| Domicilio Permanente       | Ciudad                  | Código Postal                                      | Estado               | Condado País         |
| Nombre del Lugar de Empleo | Teléfono del Empleo     | Dirección de Empleo (Calle, Ciudad, Código Postal) |                      |                      |
| Oficio: _____              | Estado de Empleo: _____ |  |                      |                      |

**SI TIENE OTRO SEGURO MEDICO. POR FAVOR DE LLENAR ESTA INFORMACION**

Nombre del Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor de enseñar al personal de registro con:**

- 1. Su tarjeta(s) de seguro medico**
- 2. Su licencia de manejar o de identificación**
- 3. Copago de la visita**

**Autorización para Divulgar Información  
del Expediente Medico, Consentimiento  
para Recibir Tratamiento Medico y  
Asignación de Beneficios**

**Autorización para Divulgar Información del Expediente Medico**

**Iniciales** Yo concedo autorización para que UT Medicine San Antonio divulgue cualquiera información medica incluyendo diagnosis, rayos equis, resultados de exámenes, reportes y expedientes pertenecientes al tratamiento o examinación otorgados a mi. Entiendo que esta información medica puede ser usada para cualquiera de los siguientes propósitos: diagnostico, seguro medico, legal, y en algunas veces cuando UT Medicine San Antonio lo considere necesario para asegurar que se rinda el mejor tratamiento medico posible. Aun más, entiendo que cualquier persona(s) que reciban este expediente, no divulgará la información obtenida bajo esta autorización a ninguna otra organización o persona sin primero haber obtenido un consentimiento firmado por mí.

**Consentimiento para Recibir Tratamiento Medico**

**Iniciales** Como adulto autorizado, estoy de acuerdo en permitir que los médicos y el personal de UT Medicine San Antonio, otorguen tratamiento medico a mi, mi hijo(a) o al paciente que represento, así sea aplicable. Al firmar esta forma, estoy de acuerdo en permitir a los médicos y personal de UT Medicine San Antonio para ejecutar cualquier tarea necesaria o apropiada para otorgar cuidado medico, incluyendo examen, diagnostico y tratamiento.

**Asignación de Beneficios**

**Iniciales** Por este medio, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos incluyendo los beneficios médicos principales, a los que tengo derecho que puede ser Medicare, seguro medico privado o otra póliza de seguro medico, a UT Medicine San Antonio. Entiendo que soy responsable en verificar que mi póliza de seguro medico participe con los médicos de UT Medicine San Antonio y en corregir cualquier información incorrecta de mi seguro medico. Me hago responsable por todos los cargos a mi cuenta si es que no son pagados por mi seguro medico. Por este medio, autorizo a UT Medicine San Antonio a que divulgue toda la información necesaria para asegurar pago.

He leído esta forma de Autorización para Divulgar Información del Expediente Medico, Consentimiento para Recibir

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPRIMIR**

Firma de Paciente o Guardián Legal : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

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



UT Medicine San Antonio

**AVISO PARA PEDIR LA DIVULGACIÓN DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

(Cobro y Colección de Cuentas del Paciente)

---

Divulgación del número de seguro social se requiere para que UT Medicine San Antonio pueda cobrar y coleccionar por los servicios rendidos al paciente. La ley federal estipula la necesidad del número de seguro social para obtener beneficios médicos bajo Medicare y Medicaid (42 USC, Sección 1320b-7 (1)). No hay autoridad o estatuto que requiera la divulgación del número de seguro social si se trata de un seguro medico comercial. Sin embargo, al no proveer su número de seguro social, puede resultar en nosotros no poder enviar la factura de cargos a su seguro medico, por que estos requieren su número de seguro social. Divulgación adicional de su número de seguro social es gobernada por la Acta de Información Pública (Capítulo 552 del Código Gubernamental de Texas) y otra ley pertinente.

**AVISO SOBRE LEYES Y PRÁCTICAS DE INFORMACION**

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que UT Medicine San Antonio colecciona de usted. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene el derecho de recibir y revisar esta información. Bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a que UT Medicine corrija la información que mantiene sobre usted que este incorrecta, en acuerdo con los procedimientos establecidos por el Memorando 32 del Sistema de Negocios de la Universidad de Texas. La información que UT Medicine colecciona sobre usted será mantenida y guardada bajo las leyes de retención de Texas (Sección 441.180; del Código Gubernamental de Texas). El periodo de retención depende del tipo de información obtenida.

You may send any requests to UT Medicine HIPAA Compliance  
By mail to: 6126 Wurzbach Road San Antonio TX 78238  
By e-mail to: UPGPrivacy@UTHSCSA.edu  
By fax to: (210) 257-1436  
In person at: 6126 Wurzbach Road San Antonio TX 78238



**UT Medicine San Antonio**  
**Consentimiento Para el Acceso y el Reconocimiento del**  
**Recibo del Aviso Para el Número de Seguro Social**

**CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA LA FACTURACIÓN Y LA COLECCION AL PACIENTE**

Consiento por este medio al acceso de mi número de Seguro Social por UT Medicine San Antonio con el propósito indicado en el aviso.

Nombre de paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Aviso Recibido: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de Recibir el Aviso de el Pedido de Número de Seguro Social para Facturacion y Coleccion al Paciente**

Su nombre y firma en esta hoja indican que usted ha recibido una copia del aviso de UT Medicine San Antonio de el pedido de número de Seguro Social en la fecha indicada. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a la información en el aviso del pedido del número de Seguro Social para la facturación al paciente, favor de comuníquese con el encargado de la clínica o el administrador de UT Medicine San Antonio indicado en su aviso.

Nombre de paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Aviso Recibido : \_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR INFORMACION  
REFERENTE A SU SALUD Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA  
INFORMACION**

**FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE**

**Propósito:** La Universidad de Texas Health Science Center at San Antonio ("UT Health Science Center"), su facultad, estudiantes, residentes, empleados, voluntarios, y sus afiliados (UT Medicine Physicians Group y sus clínicas) siguen las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. UT Health Science Center mantiene información sobre su salud en expedientes que se guardan de una manera confidencial de acuerdo a la ley. UT Health Science Center debe utilizar y divulgar o compartir su información médica según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica para proporcionarle atención médica de calidad.

**Uso y divulgación de su información médica para el Tratamiento, Pago y Operaciones de atención médica:** UT Health Science Center ha de utilizar y divulgar parte de su información de salud para llevar a cabo su negocio. Se nos permite usar y divulgar información de salud sin su autorización. El tratamiento incluye compartir información con personas involucradas en el cuidado de su salud. Por ejemplo, su proveedor puede compartir información acerca de su condición con el radiólogo, o con otros asesores para determinar su diagnóstico. UT Health Science Center puede usar información referente a su salud como un requisito de su seguro para determinar elegibilidad, o para obtener el pago para su tratamiento. UT Health Science Center puede usar y dar información de su salud para mejorar la calidad de cuidado y con propósitos educativos en el entrenamiento de estudiantes, residentes y facultad de UT Health Science Center.

**Como Usará y Divulgará el UT Health Science Center la Información Acerca de mi Salud?**  
Su información de salud podrá ser utilizada para los siguientes propósitos a menos de que usted pida una restricción que impida el uso específico o su revelación.

*Nota: Usted tendrá la oportunidad de rechazar algunas de estas comunicaciones con respecto a la información de su salud indicadas por (\*) sean reveladas.*

- Directorios de UT Health Science Center que podrían incluir su nombre, condición general, y donde esta localizado en UT Health Science Center.\*
- Afiliación religiosa a un capellán de hospital o miembro religioso.\*
- Miembros de su familia o amigos íntimos involucrados en su cuidado o en el pago de su tratamiento.\*
- Agencia de ayuda de desastres, si usted esta involucrado en un desastre y necesita ayuda.\*
- Para informarle de tratamientos alternos, beneficios, o servicios relacionados con su salud.\*
- Recaudación de fondos por parte de UT Health Science Center. Tal información será limitada a su nombre, dirección, y número de teléfono. Si usted no desea que nos comuniquemos para recaudar fondos, por favor comuníquese con le Oficina de Desarrollo al (210) 567-9219.\*

- Recordatorio de citas.\*
- Actividades públicas de salud, incluyendo prevención de enfermedades, heridas, o incapacidades; reportes de nacimientos y muertes; reportes de reacciones a medicinas, o problemas con productos; notificación de llamado de productos, control de enfermedades contagiosas; aviso a las autoridades del gobierno si hay sospecha de abuso, abandono, o violencia domestica.
- Actividades para investigar el cuidado de salud como auditorias, inspecciones, investigaciones, y procedimientos para obtener licencia.
- Aplicación de la ley, como exige la ley legal, federal, estatal o local.
- Demanda o disputa, en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, petición de descubrimiento o solicitud legal.
- Investigadores de causas de fallecimiento, examinadores médicos, y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejido orgánico.
- Algunos proyectos de investigación los cuales requieren un proceso especial aprobado por la Universidad.
- Para prevenir una amenaza grave de salud o seguridad.
- A las autoridades de servicio militar si usted es miembro de las fuerzas de servicio militar o miembro de una autoridad de servicio militar extranjero.
- A personas autorizadas a conducir investigaciones especiales de seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Compensación a Trabajadores. Si es apropiado daremos información sobre su salud referente a beneficios que haya recibido por causa de accidentes de trabajo.
- Información con respeto al abuso del alcohol y drogas tiene una protección de privacidad especial. UT Health Science Center no dará información que le identifique como paciente ni información médica referente al tratamiento de sustancias tóxicas sin el permiso por escrito del paciente, para dar tratamiento, sobre pagos y operaciones de acuerdo a la ley.
- Para llevar a cabo tratamientos del cuidado de su salud, sobre pagos, y manejo de operaciones a través de asociados de negocios, como instalar un nuevo sistema de computación.

**Su Autorización es Requerida Para Otras Revelaciones.** Excepto como se ha descrito arriba, no usaremos o revelaremos información médica sin que UT Health Science Center tenga un permiso por escrito del paciente. Por ejemplo, no usaremos sus fotografías para presentaciones fuera de UT Health Science Center sin su permiso por escrito. Usted podrá retractarse o retirar su permiso en cualquier momento y la fecha de vigencia será un día después de recibir sus instrucciones de retiro por escrito.

Información sobre alcohol y abuso de drogas tiene protecciones especiales de privacidad. El UT Health Science Center no revelará ninguna información que identifique a un individuo como paciente o proporcionará cualquier información de salud relacionada con el tratamiento del paciente con el tratamiento de abuso de sustancias a menos que el paciente lo autorice por escrito, para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones; o según lo requiera la ley.

**Usted Tiene Derechos Con Respecto A Información De Su Salud.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, si hace la petición en las formas que UT Health Science Center provee:

- **Derecho a pedir restricciones.** Usted puede pedir limitaciones en la información de su salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento de salud, sobre pagos o operaciones del cuidado de su salud, aunque no es requerido cumplir con su petición. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos que tuvo un procedimiento en particular. Pero si es necesario, se dará información en caso de emergencia para su tratamiento. Nosotros le notificaremos por escrito si su petición fue aceptada o no.
- **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Usted puede pedir que las comunicaciones sobre la información referente a su salud sean manejadas de cierta manera o en un cierto lugar, pero es necesario que nos indique como y donde desea ser localizado.
- **Derecho de revisar y hacer copias.** Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su expediente médico o de su salud. Copias de las notas de Psicoterapia no serán inspeccionadas o duplicadas. Posiblemente habrá un costo por las copias, envío y materiales. En circunstancias limitadas, su petición puede ser rechazada; usted puede pedir que se haga una revisión del rechazo de su petición por otro profesional licenciado del cuidado médico elegido por UT Health Science Center. UT Health Science Center cumplirá con los resultados de dicha revisión.
- **Derecho a pedir enmienda.** Si usted cree que la información que tenemos referente a su salud es incorrecta o esta incompleta, usted puede solicitar una enmienda en la forma prevista por el UT Health Science Center. UT Health Science Center no está obligado a aceptar su enmienda.
- **Derecho a rendición de cuentas de información revelada.** Usted podrá solicitar una lista de la información revelada acerca de su salud a personas o entidades que no tengan ninguna relación con el tratamiento del cuidado de su salud, pagos o manejo de operaciones durante los últimos seis (6) años, para los expedientes de papel y 3 años para los expedientes electrónicos. Probablemente habrá un costo después de la primera petición.
- **Derecho de obtener una copia de este Aviso.** Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento aunque haya recibido una copia electrónica. Usted puede obtener una copia electrónica de este Aviso en nuestro sitio Web (Web site), <http://www.uthsca.edu/hipaa/patientrights.asp>. Si desea mas información sobre estas prácticas, consulte dicho sitio donde encontrará información mas detallada con relación a este Aviso.

**Requisitos Con Respecto a Este Aviso.** La ley requiere que UT Health Science Center le de una copia de este Aviso. Cumpliremos con este aviso mientras esté vigente. UT Health Science Center podrá hacer cambios a este Aviso y estos cambios serán efectivos para la información actual referente a su salud que tenemos así como cualquier otra información que recibamos en el futuro. Cada vez que usted se registre en UT Health Science Center para servicios de cuidado médico, usted podrá recibir una copia del Aviso que esté vigente en el momento.

**Quejas.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse con él:

Oficial de Privacidad en UT Health Science Center  
Oficina de Asuntos Reglamentarios y Cumplimiento  
7703 Floyd Curl Drive, Mail Code 7861  
San Antonio, TX 78229-3900  
(210) 567-5212

Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios  
Humanos en Estados Unidos  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509 F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201





Nosotros no tomaremos ninguna represalia en su contra en caso de que usted ponga una queja con UT Health Science Center o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Comuníquese con el Oficial de Privacidad en UT Health Science Center al número (210) 567-5212 si:**

- Usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso;
- Usted desea pedir restricciones con respecto a la información médica que nosotros usamos o damos para el tratamiento de su salud, sobre pagos, para manejo de operaciones, o
- Usted desea obtener una forma para ejercer sus derechos individuales.

### **Notificación Sobre el Aviso Recibido de las Prácticas Privadas**

Su nombre y firma en esta página indica que usted a recibido una copia de la Información de Prácticas Privadas de UT Health Science Center en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de las Prácticas Privadas de UT Health Science Center, favor de comunicarse con un representante de la Clínica o con el Oficial de Privacidad del Paciente de UT Health Science Center, como lo indica el aviso recibido.

Nombre del paciente (Manuscrito): \_\_\_\_\_

Si esta representando al paciente, nombre (Manuscrito): \_\_\_\_\_

Indique su relación con el paciente (Manuscrito): \_\_\_\_\_

Número de cuenta o número de expediente: \_\_\_\_\_

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

Fecha de aviso recibida: \_\_\_\_\_



Se nos ha pedido ayudar al UT Health Science Center (Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas) en la recopilación de datos de los pacientes, para usarse cuando se soliciten programas de investigación, becas y otros programas federales.

Esta información se utilizara para reports; sin embargo, no se usara ninguna información personal, como su nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, etc.

Por favor, tome un momento para seleccionar las siguientes opciones (una por grupo) que usted considere que le representa mejor.

**RAZA**

- Blanco o caucasico (indoeuropeo)
- Negro o afroamericano
- Indio Americano o native de Alaska
- Asiatico
- Nativo hawaiano y de otras islas del Pacifico
- Desconocido/Otro
- Mas de una raza
- Prefiero no dar esta informacion

**GRUPO ETNICO**

- Hispano o latino
- No hispano o no latino
- Desconocido/Otro
- Prefiero no dar esta informacion