



### **Información de bienvenida**

Gracias por elegir nuestro consultorio para ocuparse de sus necesidades de atención médica. Sabemos que usted tiene la opción de elegir su atención médica y nos esforzamos para brindarle el mejor servicio posible. A continuación, detallamos algunas de las políticas de nuestro consultorio.

**Registro:** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver a su proveedor.

**Cargos:** Se exige el pago completo al momento de prestar los servicios, a menos que se hayan dispuesto otros arreglos de pago. Para los pacientes sin seguro, el pago se debe realizar en el momento del servicio tanto en las visitas por enfermedad como en las de rutina. Se esperan copagos y saldos en el momento del servicio. Después de 90 días, los saldos pendientes se derivarán a un proceso de cobro. **En caso de que su plan de salud determine que “no cubre” un servicio, usted será responsable de pagar todos los cargos aceptables no cubiertos.** Las demoras en el procesamiento del seguro ocurren cuando no se proporciona la información del seguro de manera oportuna. Tales demoras también pueden dar lugar a que el seguro no cubra la atención. Siempre que el seguro niegue el pago de un servicio, es su responsabilidad cubrir los cargos, aun cuando usted pueda elegir revisar sus beneficios con su proveedor de seguros.

**FMLA/Documentación:** Cualquier paciente que necesite que se complete documentación en *Methodist Family Health Centers y Medical Groups es posible que* deba pagar un arancel de procesamiento. Esto debe pagarse en su totalidad antes de que la documentación pueda recogerse o enviarse por fax. Consulte a nuestro personal con respecto a los aranceles específicos antes de enviar sus formularios.

**NSF/cuentas cerradas:** Se añadirá un cargo de \$35.00 por los cheques rechazados.

**Aranceles clínicos:** Es posible que se aplique un arancel de procesamiento para los resurtidos de medicamentos controlados y un arancel adicional para volver a emitir la receta si el medicamento no se compra dentro de un plazo de 21 días. La receta vencida debe devolverse antes de que se emita la nueva receta.

Existe un arancel de \$25.00 por registros médicos de hasta 25 páginas. Las páginas adicionales cuestan \$0.50 por página. El procesamiento de los registros médicos es realizado por HealthMark y demora siete días hábiles.

**Citas/ausencia:** Se requiere una notificación de 24 horas de anticipación para cancelar citas. A los pacientes con tres (3) citas perdidas o ausencias al año, se los excluirá del consultorio. Si no asiste a su cita, es posible que le cobren \$25.00. Su compañía de seguros no paga estos cargos. Usted deberá pagar este cargo antes de su próxima visita programada.

**Seguro:** Las tarjetas de seguro deben estar disponibles antes de cada visita. Notifique a nuestro consultorio si hay algún cambio en sus planes o su cobertura de seguro. Presentamos reclamos a modo de cortesía para nuestros pacientes y solo somos responsables de presentar los reclamos a la compañía de seguros contratada para el miembro. Cualquier disputa por cargos no pagados por parte de la compañía de seguros se le facturará al miembro. Todos los pacientes deben tener una tarjeta de identificación del seguro válida para utilizar los beneficios.

**Resurtido de medicamentos:** Se deben ingresar todas las solicitudes de resurtido de recetas al menos cinco (5) días hábiles antes de tomar el último comprimido para permitir un tiempo adecuado de aprobación. Los resurtidos solo se entregarán durante el horario de atención habitual, de lunes a viernes. Las recetas de narcóticos no se resurtirán después del horario de atención ni los fines de semana.

**Derivaciones:** Deje pasar 5 a 7 días para procesar las derivaciones de rutina.

**Conducta:** No se tolerará el abuso verbal ni físico hacia el personal del consultorio. Esto incluye alteraciones que afectan las operaciones diarias dentro del consultorio además de la conducta ofensiva por teléfono con el personal del consultorio. La conducta abusiva hacia el personal dará lugar al retiro inmediato del consultorio.

**Después del horario de atención:** Nuestro mensaje telefónico les brindará a los pacientes un número para llamar a nuestro servicio de contestador automático en caso de necesidades urgentes después del horario de atención. El servicio de contestador automático notificará al médico de guardia.

**Comentarios:** Agradecemos todos los comentarios proporcionados. Usted recibirá una encuesta de satisfacción del paciente de Press Ganey. Tómese el tiempo para completarla y díganos cómo nos desempeñamos.

*Gracias por su comprensión y aceptación de las políticas de nuestro consultorio. Tenemos el compromiso de participar activamente en su equipo de atención médica trabajando juntos para su salud.*

---

Firma del paciente o tutor

---

Fecha de nacimiento del paciente

---

Parentesco con el paciente, si no firma el paciente

---

Fecha

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Laboral	Celular	
Dirección de correo electrónico		Número de Seguro Social	
Nombre del médico derivante: Dirección del médico derivante: Número de teléfono del médico derivante: Número de fax del médico derivante:		Nombre del médico de atención primaria: Dirección del médico de atención primaria: Número de teléfono del médico de atención primaria: Número de fax del médico de atención primaria:	
Farmacia preferida (Nombre / Dirección / Número de teléfono):			
Nombre y dirección del empleador:		Condición de laboral: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> N/C	
Raza <input type="radio"/> Negro(a)/afroamericano(a) <input type="radio"/> Asiático(a) <input type="radio"/> Caucásico(a) <input type="radio"/> Hispano(a) o latino(a) <input type="radio"/> Otra (Por favor, especifique)			
Origen étnico: <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> No hispano <input type="radio"/> Se niega a indicar		Estado civil <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)	
Idioma principal que se habla en el hogar <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (por favor, defina):			Veterano(a) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE/GARANTE SI DIFIERE DE LA ANTERIOR			
NOMBRE		Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono Particular/celular	Laboral	Número de Seguro Social:	
SEGURO PRINCIPAL			
Nombre de la compañía de seguros		Número de teléfono	
Número de póliza/Número de identificación de afiliado		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Otro	
SEGURO SECUNDARIO SI CORRESPONDE			
Nombre de la compañía de seguros		Número de teléfono	
Número de póliza/Número de identificación de afiliado		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Otro	
¿Con qué laboratorio tiene contrato su compañía de seguros? <input type="radio"/> LabCorp <input type="radio"/> Quest <input type="radio"/> CPL <input type="radio"/> Otro (por favor, defina): _____			
Tenga en cuenta que es responsabilidad suya saber con qué laboratorio tiene contrato su compañía de seguros. Llame a su compañía de seguros antes de realizarse la extracción para análisis de sangre a fin de asegurarse de que cubrirá las pruebas para los códigos CPT correspondientes. No seremos responsables por facturas de terceros relacionadas con servicios prestados.			

Certifico que he examinado detenidamente este documento, lo comprendo y lo he completado con veracidad.

Firma del paciente o tutor (relación con el paciente, si la firma no es del paciente)

Fecha

- 1. Consentimiento para recibir tratamiento:** Acepto voluntariamente recibir atención médica y tratamiento de Methodist Medical Group. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluidos los tratamientos por parte de un proveedor de nivel intermedio (enfermero especializado o auxiliar médico), médicos que reciben capacitación médica posgraduada y otros proveedores de atención médica o sus representantes designados bajo las directrices de un médico, afiliado con Methodist Medical Group para que realice dichos tratamientos médicos o procedimientos de diagnóstico.

Entiendo que se podría usar la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada desde un lugar a otro por medio de comunicaciones electrónicas referente a la salud del paciente, que incluye servicios de consulta, de diagnóstico y de tratamiento) para promover mi atención médica. Todos los datos de transmisión electrónica estarán restringidos a destinatarios autorizados como lo establece la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA”) y otras leyes estatales de privacidad vigentes.

- 2. Riesgos del tratamiento:** Entiendo que no me han otorgado ninguna garantía con respecto a un desenlace específico o cura. Al igual que puede haber riesgos y peligros de continuar con mi actual problema médico sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnósticos previstos para mí. Entiendo que un componente común de los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico, es la posibilidad de que ocurra una infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte.

Acepto y reconozco que Methodist Medical Group no es responsable de las acciones u omisiones o de las instrucciones proporcionadas por los médicos/proveedores que me tratan como paciente. Entiendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me han otorgado ninguna garantía referente a los desenlaces de los tratamientos o los exámenes en las instalaciones de Methodist Medical Group.

Entiendo que tengo el derecho a dialogar sobre el plan de tratamiento con mi proveedor en lo referente al objetivo y los posibles riesgos y beneficios de las pruebas o estudios ordenados para mí. Si tengo alguna inquietud sobre alguna prueba, estudio o tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica, entiendo que se me exhorta hacer preguntas sobre ello.

- 3. Acuerdo de pago:** En consideración por los servicios y los suministros prestados por Methodist Medical Group al paciente antes mencionado, acepto pagarle a Methodist Medical Group, sus representantes y cesionarios, todas las sumas que sean pagaderas en la cuenta del paciente que recibe los servicios sujetos a este consentimiento como lo establecen las tarifas habituales de Methodist Medical Group incluyendo los costos relacionados con las pruebas de COVID-19. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible, coseguro u otro saldo no pagado por mi seguro al momento de recibir el servicio.

- 4. Consentimiento para recibir llamadas inalámbricas, correo postal y mensajes electrónicos:** Si en algún momento proporciono un número de teléfono inalámbrico para que se comuniquen conmigo, acepto recibir llamadas (incluyendo llamadas automarcadas y mensajes pregrabados) a ese número inalámbrico por parte de la clínica, representantes y contratistas independientes, además de prestadores de servicio y agencias de cobro, sobre los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Acepto recibir información sobre las actividades que ofrece Methodist Medical Group, por ejemplo, ferias para la salud, actualizaciones sobre la salud y el bienestar, nuevos locales y servicios, por correo electrónico y postal. Además, entiendo que el portal de los pacientes de Methodist Medical Group usará mi correo electrónico como acceso al portal de los pacientes, MyChart.

- 5. Autorización para divulgar información:** Autorizo a Methodist Medical Group a facilitar la información solicitada del expediente médico del paciente y de otros registros a (1) cualquier compañía de seguros u otro pagador tercero a fin de obtener pagos para la cuenta de Methodist Medical Group, (2) cualquier otra u otras persona(s) o entidades con la responsabilidad financiera de la atención médica o los tratamientos del paciente y (3) representantes de agencias locales, estatales y federales, como lo establece la ley. Dicha información podría incluir, entre otras, la información relacionada con enfermedades contagiosas, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Autorizo a que se divulgue información o revisiones de la información del expediente del paciente para fines de realizar auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de control de calidad. Autorizo a que Methodist Medical Group divulgue información o copias del expediente médico del paciente a cualquier médico que refiera al paciente.

- 6. Asignación de beneficios de seguro:** En consideración por los servicios prestados, por la presente transfiero y asigno a Methodist Medical Group y a los patólogos, radiólogos, anesestesiólogos, y a otros médicos, personas o grupos certificados que presten servicios para mi atención médica y tratamiento en Methodist Medical Group, todo título e interés a cualquier pago que yo deba por los servicios descritos en el presente como lo establece cualquier seguro médico o póliza similar o cualquier plan

de beneficios de los empleados hasta que los revoque por escrito. Entiendo que soy responsable de proporcionar a Methodist Medical Group toda la información de seguro médico en el momento del servicio para permitir la verificación de la misma antes de la cita y que, independientemente de mis beneficios asignados de seguro médico, soy responsable del total de los cargos por todos los servicios y artículos proporcionados. En caso de que un procedimiento, servicio o artículo proporcionado se considere experimental o bajo investigación, o si por algún motivo mi plan de seguro de atención médica administrada considere que los mismos no tienen cobertura, la responsabilidad del pago recae únicamente sobre mí y el paciente y/o garante del paciente.

**7. Asignación de beneficios de Medicare/Medicaid:** Confirmando que la información que he proporcionado al solicitar un pago en virtud del Título XVIII (Medicare) o del Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a que se divulgue información sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras, así como toda la información necesaria para presentar una reclamación a Medicare. Solicito que se concedan los pagos de beneficios autorizados en mi nombre. Asigno los beneficios de servicios pagaderos a los médicos u organizaciones que presenten reclamaciones ante Medicare/Medicaid.

**Medicaid:** Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables del pago de la atención médica o los servicios recibidos que superen el monto, la duración inicial y/o el alcance del Programa de Texas de Medicaid, como lo determine el Departamento de Medicaid o su agencia de seguro médico. Todos los pagos por los servicios sin cobertura se consideran vencidos y pagaderos al momento del alta hospitalaria.

**8. Divulgación de información de atención médica:** El *Aviso de prácticas de privacidad* proporciona información sobre cómo Methodist Medical Group podría usar y divulgar información médica protegida sobre usted. Encontrará copias de los Avisos vigentes en nuestro sitio web, [methodisthealthsystem.org](http://methodisthealthsystem.org). Los avisos contienen la fecha de vigencia de los mismos en la esquina superior derecha de la primera página. Como lo prevén los Avisos, las condiciones de los Avisos pueden cambiar. Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usará o divulgará la información médica protegida sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Aunque no estamos obligados a aceptar esta restricción, si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo.

**9. Cláusula adicional para el tratamiento de menores:** Yo, el firmante, reconozco y verifico que soy el tutor o custodio legal del paciente menor/discapacitado y que tengo la autoridad legal para consentir el tratamiento que se proporcionará a dicho paciente y entiendo, reconozco y acepto asumir la responsabilidad del costo de toda la atención médica proporcionada a dicho paciente.

**10. Solicitud de ayuda económica:** Methodist Medical Group mantiene una póliza establecida para proporcionar servicios de atención médica a aquellos que no puedan pagarlos. Se proporcionarán información y formularios de solicitud a petición. Pida hablar con un Administrador del Consultorio para obtener más información o responder a las preguntas que pueda tener.

**11. Paquete informativo de bienvenida:** Reconozco haber recibido el paquete informativo de bienvenida en mi primera visita a Methodist Medical Group.

Yo, el firmante, como el paciente o representante legal del paciente o el responsable por el paciente, por la presente confirmo que he leído completa y totalmente esta Autorización para recibir tratamiento y Acuerdo de pago, y que he firmado esta Autorización para recibir tratamiento y Acuerdo de pago a sabiendas, libre y voluntariamente, y acepto atenerme a sus condiciones. No he recibido ninguna promesa ni garantía de nadie referente a los desenlaces que se podrían obtener por cualquier tratamiento o servicio médico proporcionados o que se proporcionen. Si la cobertura del seguro médico es insuficiente, se ve totalmente denegada o de alguna manera no está disponible, acepto pagar todos los cargos que no cubra la aseguradora.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Testigo:** \_\_\_\_\_

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

**Preferencia del paciente en relación con la comunicación de información de salud**

A fin de proteger mejor su privacidad en virtud de la ley HIPAA, hemos creado este formulario de consentimiento para la divulgación de información médica a familiares y otras personas que usted elija. Esto también se utilizará para dar su consentimiento a que le dejemos mensajes telefónicos detallados en los números de teléfono que se indican a continuación, enviemos los resultados de sus pruebas de laboratorio por correo a su hogar y también enviemos por correo electrónico seguro los resultados a su dirección de correo electrónico personal una vez que esté inscrito(a) en MyChart. No estamos autorizados legalmente a divulgar información médica a miembros de la familia del paciente sin el consentimiento por escrito del paciente. El objetivo de este documento es proteger su privacidad.

¿Está permitido...	Sí	No	Por favor indique:
...llamar a su hogar?			<b>Número de teléfono del hogar:</b>
...dejar un mensaje en su casa?			<b>Principal: [ ] Secundario: [ ] Tercero: [ ]</b>
...llamar a su trabajo?			<b>Número de teléfono laboral:</b>
...dejar un mensaje en el trabajo?			<b>Principal: [ ] Secundario: [ ] Tercero: [ ]</b>
...llamar a su teléfono celular?			<b>Número de teléfono celular:</b>
...dejar mensajes en el teléfono celular?			<b>Principal: [ ] Secundario: [ ] Tercero: [ ]</b>
...enviar resultados por correo postal a su hogar?			<b>Dirección:</b>
...enviar resultados por correo electrónico a su hogar?			<b>Dirección de correo electrónico:</b>

**Comunicación a familiares, cónyuges u otros:**

Yo, (nombre del paciente en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, por este medio doy mi permiso para la divulgación de información médica relacionada con citas y preguntas sobre mi afección y mis tratamientos a las siguientes personas:

**Nombre del Contacto #1:** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_  
 Número particular: \_\_\_\_\_  
 Número laboral: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto #2:** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_  
 Número particular: \_\_\_\_\_  
 Número laboral: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

**Comunicación para recordatorios de citas y seguimiento de citas:**

Es posible que Methodist Transplant Specialists ("MTS") necesite utilizar su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico ("Información de contacto") y sus registros clínicos para comunicarse con usted en relación con recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Si esta comunicación se realiza por teléfono y usted no está disponible, se dejará un mensaje en su correo de voz o se le dejará a la persona que conteste el teléfono. Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para que MTS se comunique con usted en relación con recordatorios de citas e información, y para dejar mensajes en un correo de voz o a personas que se encuentren en su hogar. La información que utilizemos o divulguemos sobre la base de este consentimiento puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de cualquier persona que tenga acceso al recordatorio y podría dejar de encontrarse protegida por las normas federales de privacidad.

Usted tiene derecho a negarse a darle a MTS su consentimiento para utilizar su número de teléfono y/o dirección de correo electrónico para recordatorios de citas y alternativas de tratamiento. Si decide dar su consentimiento, tiene derecho a revocarlo, por escrito, en cualquier momento en el futuro. Si usted se niega a otorgar a MTS este consentimiento o si lo revoca en el futuro, no afectará el tratamiento que le brindamos.

DOY MI CONSENTIMIENTO para las siguientes formas de comunicación para recordatorios de citas y comunicaciones de seguimiento (*coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan*):

\_\_\_\_\_ Correo electrónico (si corresponde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Mensaje de texto (si corresponde)<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_ Portal seguro para pacientes que se utilizará de la manera descrita anteriormente.

Dirección de correo electrónico preferida \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_

**Si usted ha dado su consentimiento a la comunicación a través del portal seguro para pacientes,** se le notificará por correo electrónico cuando exista información segura para que la revise, como por ejemplo resultados de pruebas de laboratorio. El correo electrónico le proporcionará un enlace que podrá utilizar para acceder al sitio web seguro. Después de hacer clic en el enlace, deberá iniciar sesión y proporcionar su nombre de usuario único y su contraseña.

Al elegir su dirección de correo electrónico, tenga en cuenta las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico o cualquier otra persona, como por ejemplo su empleador, que pueda tener el derecho y/o la posibilidad de revisar todos los mensajes de correo electrónico recibidos en su dirección laboral.

\_\_\_\_ (iniciales) Me niego a darle a MTS el consentimiento para usar mi información de contacto y mis registros clínicos para comunicarse conmigo en relación con recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Entiendo que posiblemente deba programar una cita de seguimiento con el médico para revisar los resultados de mis exámenes o que la recepción de los resultados por correo postal podría demorar hasta 10 días laborables.

**Consentimiento y acuerdo** He examinado detenidamente este documento y acepto cumplir plenamente con las pautas definidas en el presente para la comunicación de mi información de salud.

\_\_\_\_\_

Paciente (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o del tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

<sup>1</sup> Tenga en cuenta que el servicio de mensajes de texto es un servicio gratuito proporcionado por MTP, pero igualmente pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajería de su proveedor de telefonía móvil. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor de telefonía móvil.

## **Proveedor de Práctica Avanzada (APP) (Consentimiento para Asistentes Médicos y Enfermeros de Práctica Avanzada)**

Este centro cuenta entre su personal con Proveedores de Práctica Avanzada (Asistentes Médicos y Enfermeros de Práctica Avanzada) para colaborar en la prestación de atención médica.

Un Proveedor de Práctica Avanzada (APP, por sus siglas en inglés) no es un médico. Es un graduado de un programa de capacitación certificado y cuenta con la autorización de la junta estatal de Texas. Bajo la supervisión de un Médico, un APP puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como también brindar atención de mantenimiento de la salud. “Supervisión” no requiere la presencia física constante del Médico supervisor, sino el control de las actividades del auxiliar y la aceptación de responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un APP puede proporcionar los servicios médicos que estén dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir, entre otros:

- Obtener historiales y realizar exámenes físicos.
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento.
- Monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas.
- Ofrecer asesoramiento y educación.
- Suministrar medicamentos de muestra y extender recetas.

Entiendo que en cualquier momento podré negarme a ser atendido(a) por el Asistente Médico o el Enfermero de Práctica Avanzada y solicitar ver a un Médico. **También entiendo que, si realizo esta solicitud en el momento de mi visita, es posible que mi Médico no esté disponible de inmediato y que mi cita deba reprogramarse.**

He leído lo anterior y por este medio acepto los servicios de un Proveedor de Práctica Avanzada para mis necesidades de atención de la salud.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo - Paciente menor de 18 años



\_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Traductor (Firma)

\_\_\_\_\_  
Traductor (Nombre en letra de imprenta)

## **Ratificación de consultorio independiente por parte del paciente**

Yo, el paciente abajo firmante (o el representante del paciente), por este medio ratifico y entiendo que The Liver Institute at Methodist Dallas y/o The Transplant Institute at Methodist Dallas es/son una clínica ambulatoria de Methodist Dallas Medical Center (MDMC) donde varios médicos y grupos médicos de práctica independiente realizan trasplantes de hígado y/o servicios médicos relacionados con trasplantes de hígado, gastroenterología, hepatología general y servicios quirúrgicos. Específicamente, ratifico y comprendo que Methodist Transplant Specialists, Digestive Health Associates of Texas, P.A., Dallas Nephrology Associates, Dallas Renal Group, y cualquier proveedor de atención médica empleado o de otro modo contratado por cualquiera de dichos grupos, lo cual incluye, entre otros, Irfan Agha, M.D., Maisha Barnes, M.D., Jose Castillo-Lugo, M.D., Richard Dickerman, M.D., Ed Dominguez, M.D., Kosunarty Fa, M.D., Carlos Fasola, M.D., Christie Gooden, M.D., Connor Griffin, M.D., Adil Habib, M.D., Randy Hunter, PhD, Parvez Mantry, M.D., Alejandro Mejia, M.D., Hector Nazario, M.D., Mangesh Pagadala, M.D., Vichin Puri, M.D., Silvi Simon, M.D., y Jeffrey Weinstein, M.D. (en forma conjunta, todos los mencionados grupos e individuos se denominarán “Proveedores”) no son agentes, empleados ni representantes de The Liver Institute, de MDMC ni de Methodist Health System (MHS). Además, ratifico y comprendo que The Liver Institute, MDMC y MHS no tienen derecho a controlar los detalles de los servicios médicos proporcionados por cualquier Proveedor.

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

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente en letra de imprenta**

\_\_\_\_\_  
**(Relación, si no es el paciente)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo/traductor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta del testigo/traductor**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

- Médico(s) consultado(s):
- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Maisha Barnes      | <input type="checkbox"/> Dr. Carlos Fasola   | <input type="checkbox"/> Dr. Amna Ilahe      | <input type="checkbox"/> Dr. Hector Nazario    |
| <input type="checkbox"/> Dr. Jose Castillo-Lugo | <input type="checkbox"/> Dr. Christie Gooden | <input type="checkbox"/> Dr. Lori Kautzman   | <input type="checkbox"/> Dr. Mangesh Pagadala  |
| <input type="checkbox"/> Dr. Richard Dickerman  | <input type="checkbox"/> Dr. Connor Griffin  | <input type="checkbox"/> Dr. Ashwini Mehta   | <input type="checkbox"/> Dr. Vichin Puri       |
| <input type="checkbox"/> Dr. Ed Dominguez       | <input type="checkbox"/> Dr. Adil Habib      | <input type="checkbox"/> Dr. Parvez Mantry   | <input type="checkbox"/> Dr. Muhammad Qureshi  |
| <input type="checkbox"/> Dr. Kosunarty Fa       | <input type="checkbox"/> Dr. Wael Hanna      | <input type="checkbox"/> Dr. Alejandro Mejia | <input type="checkbox"/> Dr. Silvi Simon       |
|   | <input type="checkbox"/> Randy Hunter, PhD   |  | <input type="checkbox"/> Dr. Jeffrey Weinstein |

1. Autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar la información de salud de la persona arriba mencionada:

\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

2. Esta información podrá ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización:

The Liver Institute at Methodist Dallas  
1411 N Beckley Ave., Pavilion III, Suite 268  
Dallas, Texas 75203  
Tel.: 214-947-4400 o 877-4A-LIVER  
FAX: 214-947-4404

**Kidney/Pancreas Transplant Program at Methodist Dallas**  
1411 N Beckley Ave., Pavilion III, Suite 261  
Dallas, Texas 75203  
PH: 214-947-1800 / Fax: 214-947-1828

3. El tipo y la cantidad de información a utilizar o divulgar es la siguiente: (Marque las opciones que correspondan)

- Expediente médico completo     Procedimientos operativos     Informe de patología     Ecocardiograma  
 Historial y exámenes físicos     Informes de radiografías/imágenes     Placas de radiografía     Informes de laboratorio  
 Biopsia del hígado  
 Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

4. Entiendo que la información contenida en el expediente médico del Paciente puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios conductuales o mentales, y tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas.

5. Esta información podrá ser divulgada a y utilizada por las siguientes personas u organizaciones (*incluya el nombre y la dirección de la persona u organización*):

\_\_\_\_\_

6. Esta información se divulga para los siguientes fines: Continuidad de la atención

7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a MedHealth, 3400 W. Wheatland Rd, Suite 453, Dallas, TX 75237. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.

8. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

\_\_\_\_\_ **Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma.**

9. Entiendo que mi tratamiento, mi pago o mi elegibilidad para realizar presentaciones ante la compañía de seguros no estarán condicionados al llenado y firma de este formulario.

10. Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario podrá volver a divulgarla y la información podría no estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

11. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/parte responsable o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante legal, relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento para obtener láminas de biopsia de hígado para una segunda opinión

Su médico puede solicitar una segunda opinión para la lectura de una biopsia de hígado que le hayan hecho en una institución externa. Los médicos de Laboratory Physicians Association (LPA) o de Surgical Pathologists of Dallas (SPOD) darán la segunda opinión y entregarán esos resultados a su médico aquí en The Liver Institute, quien ordenó la segunda opinión. Se cobrará una tarifa profesional en el rango de \$80.00 a \$150.00 por la segunda opinión. Si se requiere una tinción especial, se podría cobrar una tarifa técnica. The Liver Institute dará información de facturación del plan médico a LPA/SPOD. Sin embargo, esto puede ser un servicio médico no cubierto. Si los dólares de beneficios por este servicio no son pagaderos a LPA/SPOD, el saldo restante de la cuenta será su responsabilidad económica. El propósito de este documento es ponerlo en conocimiento de esta información y obtener su consentimiento para proceder a la obtención de la segunda opinión.

Autorizo la entrega de mis láminas de biopsia de hígado a:

- Dr. Maisha Barnes
- Dr. Richard Dickerman
- Dr. Ed Dominguez Dr.
- Carlos Fasola
- Dr. Christie Gooden
- Dr. Connor Griffin
- Dr. Adil Habib
- Dr. Lori Kautzman Dr.
- Parvez Mantry Dr.
- Ashwini Mehta Dr.
- Alejandro Mejia Dr.
- Hector Nazario Dr.
- Mangesh Pagadala Dr.
- Vichin Puri
- Dr. Jeffrey Weinstein

Completé un Formulario de autorización para revelar información médica, cuya copia se adjunta a este documento, autorizando a la institución externa a entregar mis láminas de biopsia al médico mencionado arriba.

Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, los pague mi seguro o no. Mi firma abajo significa que entiendo y que estoy dispuesto a cumplir este acuerdo.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Ratificación del aviso de privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad de *Methodist Transplant Specialists* proporciona información sobre la forma en que *Methodist Transplant Specialists* puede utilizar y divulgar información protegida sobre su salud. Usted tiene derecho a examinar el Aviso antes de firmar esta ratificación. Se encuentra publicada una copia del Aviso actual en la sala de espera. El Aviso contiene la fecha de vigencia y, según lo estipulado en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden modificarse.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utilice o se divulgue la información protegida sobre su salud para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No tenemos la obligación de aceptar dicha restricción, pero si lo hacemos, estaremos obligados por nuestra aceptación.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información protegida sobre su salud para **operaciones de tratamiento, pago o atención médica**, según se describe en nuestro Aviso. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos realizado divulgaciones en base a su consentimiento anterior.

Esta Ratificación de Privacidad **no** nos da consentimiento para entregar registros a nadie excepto a quienes se mencionen. Deberá completarse un formulario de autorización de entrega de registros médicos firmado antes de que podamos entregar registros en nombre suyo.

*Gracias por comprender y aceptar nuestras Políticas del Consultorio. ¡Tenemos el compromiso de convertirnos en un miembro involucrado de su Equipo de Atención Médica, trabajando juntos por su salud!*

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

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si la firma no es del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Evaluación / historial inicial del paciente**

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

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Derivado por \_\_\_\_\_ (MD)

Médico de atención primaria / familiar \_\_\_\_\_ (MD)

Historial de la enfermedad actual

Motivo principal de la visita \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo se le diagnosticaron por primera vez problemas hepáticos? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo de problemas hepáticos se le diagnosticaron? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para sus problemas hepáticos? (Marque una opción con un círculo)    **Sí**    **No**

En caso afirmativo, ¿qué se utilizó para su tratamiento? (Factores modificativos) (Marque todas las opciones que correspondan)

Interferón pegilado     Ribavirina     Interferón     Esteroides     Flebotomía     Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo le hizo/hace sentir este tratamiento?    Peor o mejor

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Efectos secundarios experimentados durante el tratamiento \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez le han realizado una biopsia de hígado?    (Marque una opción con un círculo)    **Sí / No**

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? (Hospital) \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez le han realizado alguna de las siguientes pruebas?

			Fecha	Comentario (Médico/personal únicamente)
Ecografía de hígado	Sí	No	_____	_____
Tomografía computada abdominal	Sí	No	_____	_____
Resonancia magnética del hígado	Sí	No	_____	_____
Endoscopia superior (esofagogastroduodenoscopia)	Sí	No	_____	_____
Colonoscopia	Sí	No	_____	_____

Comentario (Médico/personal únicamente) \_\_\_\_\_

Factores de riesgo de enfermedad hepática

**Fecha**

**Comentarios**

1. ¿Alguna vez ha utilizado drogas endovenosas?      **Sí**      **No**      \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez se ha realizado un tatuaje?      **Sí**      **No**      \_\_\_\_\_
3. ¿Le han realizado un transfusión de sangre?      **Sí**      **No**      \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha consumido cocaína?      **Sí**      **No**      \_\_\_\_\_
5. ¿Se ha realizado algún piercing?      **Sí**      **No**      \_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido múltiples parejas sexuales?      **Sí**      **No**      \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez se ha pinchado con una aguja sucia o infectada?      **Sí / No**      ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
8. ¿Bebe alcohol o ha bebido alcohol en el pasado?      **Sí / No**

**Cantidad:** \_\_\_\_\_      **Tipo:** \_\_\_\_\_      **¿Con qué frecuencia?** \_\_\_\_\_  
**¿Cuándo comenzó?** \_\_\_\_\_      **¿Cuándo dejó de hacerlo?** \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad hepática?      **Sí / No**

**En caso afirmativo, ¿cuál es el parentesco?** \_\_\_\_\_      **Tipo:** \_\_\_\_\_

Síntomas actuales de enfermedad hepática

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?

<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Fecha</b>	<b>Comentario (Médico/personal únicamente)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fatiga/cansancio</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Erupción</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor abdominal</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Inflamación de las articulaciones</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor en las articulaciones</b>	_____	_____

10. Califique su dolor/otros síntomas en una escala de 1 a 10      **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10**

11. ¿Cómo describiría el dolor/otros síntomas? **Leve / agudo / irradiante / punzante / acalambante / hormigueante**

Síntomas de enfermedad hepática grave

¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes síntomas?

<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Fecha</b>	<b>Comentario (Médico/personal únicamente)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Picazón</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ascitis (líquido en abdomen)</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hinchazón de los pies / tobillos</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sangrado variceal (vómitos de sangre)</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ictericia (piel / ojos de color amarillo)</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Encefalopatía (confusión mental olvidos / somnolencia)</b>	_____	_____

12. ¿Cuándo siente estos síntomas?      **Día / Noche**      **Constantemente / Ocasionalmente**

Historial médico anterior

**Comentario**

<b>Sí</b>	<b>No</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Complicaciones diabéticas</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Presión arterial alta</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad cardíaca</b>	_____

- |                          |                          |  |       |
|--------------------------|--------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar (EPOC, asma, enfisema)   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer                                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno convulsivo                         | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico en la parte baja de la espalda | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso                              | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto, lípidos altos               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____                                   | _____ |

Historial quirúrgico anterior

**Cirugía anterior (Marque una opción con un círculo)    Sí    No    En caso afirmativo, tipo de cirugía y fecha de realización.**

**Fecha/procedimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha/procedimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha/procedimiento:** \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares anteriores

**¿Algún miembro de su familia (pariente de sangre) ha tenido alguna de las siguientes afecciones?**

- |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Sí                       | No                       |                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer _____              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes _____            |

**¿Su pareja se ha realizado pruebas para detectar hepatitis C? (Marque una opción con un círculo)    Sí    No    N/C**

**¿Su pareja se ha realizado pruebas para detectar hepatitis B? (Marque una opción con un círculo)    Sí    No    N/C**

Antecedentes sociales

**Estado civil (marque una opción con un círculo)    Soltero(a)    Casado(a)    Separado(a)    Divorciado(a)    Viudo(a)**

**Cantidad de hijos** \_\_\_\_\_

**¿Tiene empleo actualmente? (Marque una opción con un círculo)    Sí / No**

**En caso afirmativo, ¿trabaja a tiempo completo? (Marque una opción con un círculo)    Sí / No**

**¿Qué tipo de trabajo realiza?** \_\_\_\_\_

**¿Es fumador? (Marque una opción con un círculo)    Sí / No**

**En caso afirmativo, ¿cuánto fuma?** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo hace que es fumador?** \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado en AA (Alcohólicos Anónimos) o en algún otro tipo de programa de rehabilitación?

(Marque una opción con un círculo) Sí / No      En caso afirmativo, ¿cuándo?

\_\_\_\_\_

Historial psiquiátrico

¿Padece usted depresión y/o ansiedad?      (Marque una opción con un círculo)      Sí / No

¿Está actualmente bajo la atención de un psiquiatra?      (Marque una opción con un círculo)      Sí / No

¿Tiene actualmente pensamientos suicidas?      (Marque una opción con un círculo)      Sí / No

¿Alguna vez fue admitido(a) en un hospital o una institución por motivos psiquiátricos?

(Marque una opción con un círculo)      Sí / No      En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos todos los medicamentos de venta libre.

**Nombre del medicamento / Dosis / Frecuencia**

1) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ 11) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_ 12) \_\_\_\_\_

Alergias

¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento?      (Marque una opción con un círculo)      Sí      No      No lo sé

¿Tiene alergias ambientales o alimentarias?      (Marque una opción con un círculo)      Sí      No      No lo sé

Alergia

Tipo de reacción

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

