

# •. AstranaCare

Paciente Nuevo  Paciente Registrado

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

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (necesario para el seguimiento de la atención)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Apartamento/Suite/Unidad \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de línea: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*\*Te brinda acceso a tu Portal de Información del Paciente y Recordatorios de Citas\*\*  
\*\*Recordatorios de Citas: Los llamados telefónicos/mensajes de texto automáticos serán enviados al número telefónico proporcionado\*\*

Tu teléfono móvil, ¿puede enviar SMS o hacer videollamadas?  Sí  No

¿Cómo prefieres ser contactado/a?  Teléfono  Portal

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Otro: \_\_\_\_\_

Idioma de Preferencia:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  Caucásica  Africana  Indio Americano  Asiática  Isleño del Pacífico  Other: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispana/Latina  No Hispana or Latina

Nombre/Intersección de Calles de la Farmacia de Preferencia o Teléfono: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

¿Tienes la póliza de otra persona?  Sí  No Si NO, pasa a la próxima sección.

Si tu respuesta es Sí, completa la información debajo:

Nombre de la persona dueña de la póliza: \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación con la persona dueña de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social de la Persona Dueña de la Póliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
(utilizado para verificar el seguro)

# •. AstranaCare

Paciente Nuevo  Paciente Registrado

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

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

¿Tienes la póliza de otra persona?  Sí  No Si NO, pasa a la próxima sección.

Si tu respuesta es Sí, completa la información debajo:

Nombre de la persona dueña de la póliza: \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación con la persona dueña de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número del Seguro Social de la Persona Dueña de la Póliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
(utilizado para verificar el seguro)

### Contacto del Garante

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

### **SALUD PREVENTIVA**

	Necesito (Sí/No)	Fecha del último	Resultado	Fecha siguiente necesaria
Examen anual				
Exámenes de detección de cáncer colorrectal Verificar tipo de prueba: <input type="checkbox"/> FOBT/FIT (prueba anual de heces) <input type="checkbox"/> Cologuard (prueba de adn en heces) <input type="checkbox"/> CT Colonografía (tomografía computarizada) <input type="checkbox"/> Colonoscopia (con Gastroenterólogo)				
Screening Cardiovascular (Presión arterial, colesterol, lípidos)				
Detección de diabetes (A1c)				
Examen de la vista para diabéticos Ubicación: _____				
Exámenes cervicales/vaginales (prueba de Papanicolaou)				
Detección de cáncer de mama (mamografía)				
Medición de masa ósea (densidad ósea)				
Vacuna contra la gripe				
Vacuna contra la hepatitis B				
Vacuna neumocócica				
Shingrix				
RSV				
Vacuna para el COVID-19				
Otro: _____				

### **ENCUESTA PARA NUEVOS PACIENTES**

**MOTIVO DE LA VISITA:**

# •. AstranaCare

## ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

Indica los problemas médicos que tienes actualmente:	Fecha del diagnóstico:

## CIRUGÍAS/OTRAS HOSPITALIZACIONES

Fecha	Motivo/Cirugía realizada	Hospital

## NOMBRE Y ESPECIALIDAD DE OTROS MÉDICOS QUE TE BRINDAN TRATAMIENTO

Nombre del médico	Especialidad

## Haz una lista de tus medicamentos prescritos y de venta libre (tales como vitaminas e inhaladores)

Nombre del medicamento	Concentración de la dosis	Frecuencia con la que lo tomas

## ALERGIAS A MEDICACIONES

Nombre del medicamento	Reacción que has tenido

## ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alcohol?	Sí or No	¿Cuántos tragos?	# _____ veces al día o a la semana
¿Tabaco?	Sí or No	¿Cuántos cigarrillos?	# _____ veces al día o a la semana
¿Drogas recreativas?	Sí or No	¿Cuántas?	# _____ veces al día o a la semana

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Miembro de la Familia	Diagnóstico
Madre	
Padre	
Hermano/a(s)	
Hijos	

# •. AstranaCare

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## Practicar Formularios de Consentimiento

### Citas

Las citas se agandan de acuerdo con el médico que brinda tratamiento. Los pacientes nuevos deben llegar 30 minutos antes del horario de su cita agendada para completar el papeleo correspondiente si no se completa de antemano. Las personas que ya sean pacientes deben llegar 15 minutos antes del horario de su cita agendada. Los horarios de citas especiales programadas serán proporcionados directamente por el médico.

### Derivaciones

Si se requieren derivaciones, nosotros completaremos el papeleo que sea necesario y lo enviaremos a tu plan de salud para su autorización. Según nuestra experiencia, el tiempo de respuesta de cada plan de salud es variable.

### Política Económica

Nuestros médicos son proveedores de los planes de salud de los seguros tradicionales. Si tienes alguna pregunta acerca de si alguno de nuestros médicos son participantes de tu seguro de salud, llama o habla directamente con el personal de nuestra oficina y de tu compañía de seguros. Los deducibles/copagos deben pagarse al momento del servicio.

### Atención de emergencia/ atención que no es de emergencia

Si crees que tienes una emergencia, llama al 911. Es posible que tu plan de salud requiera que la atención que no es de emergencia y que es recibida fuera de nuestra oficina también reciba autorización previa de tu plan de salud y de tu médico. Si la autorización no es obtenida, es posible que debas hacerte responsable económicamente de los servicios prestados.

### Facturación

El seguro es facturado a modo de cortesía a los pacientes. Dirige todas las consultas acerca de la facturación y la contabilidad al número (702) 529-2217. Los pacientes que no tienen seguro deben pagar la totalidad de los servicios al momento de la prestación de los mismos. Se espera que se realice la verificación del poder de representación en la primera visita, si esto es aplicable. Los antecedentes médicos o resultados de exámenes médicos solicitados por la oficina de otro médico podrán ser enviados a través de fax/correo electrónico sin cargo. Las solicitudes de información médica/resultados de exámenes médicos por parte de los pacientes costarán \$.60 por página. Se deberá realizar el pago antes de que se entregue la documentación con la información.

### Citas de Exámenes Físicos de Rutina

Entiendo que en una cita para un examen físico de rutina no pueden manifestarse quejas acerca de la salud ni anormalidades. Entiendo que si se manifiestan quejas acerca de la salud o anormalidades al médico, la visita no será facturada como un examen físico de rutina y que es posible que yo deba hacerme cargo de todos los costos de copagos, deducibles o coaseguros asociados con la visita. La información que aparece arriba es completa y correcta. A través de este documento autorizo la divulgación de la información que sea necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguro y cedo los beneficios que de otra forma serían pagados a mí al médico o grupo que se indica en el reclamo. Todos los servicios profesionales prestados son cobrados al paciente. El paciente es responsable por todos los costos, sin importar la cobertura del seguro. En el caso de que se inicie un proceso legal de cobro debido a la falta de pago de mi parte, acepto pagar todas y cada una de las tarifas de cobro que pudieran ser añadidas a mi cuenta para recuperar dinero adeudado al médico. Una copia de la firma es igual de válida que el original.

### ABN (Aviso Anticipado de No Cobertura al Beneficiario)

Medicare no paga todo, incluso cuando se trata de atención que tu proveedor de atención médica tiene fundamentos para creer que necesitas. Aceptas que es posible que tengas que pagar lo que Medicare no paga, lo que incluye análisis de laboratorio que hayan sido solicitados por tu proveedor. Este aviso brinda nuestra opinión, no implica una decisión oficial de Medicare. Si tienes otras preguntas acerca de este aviso o de la facturación de Medicare, llama al 1-800-MEDICARE (1-800-663-4227/TTY: 1-877-486-2048)

### Consentimiento para el tratamiento mediante telemedicina

Doy mi consentimiento para el tratamiento que implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes ubicaciones compartan la información médica de mi paciente individual con fines de diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. Doy mi consentimiento para enviar mi información a un tercero según sea necesario para recibir servicios de telemedicina y entiendo que se aplican las protecciones de confidencialidad existentes. Reconozco que, si bien la telemedicina se puede utilizar para brindar un mejor acceso a la atención médica, como ocurre con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales y no se pueden garantizar ni asegurar resultados. Estos riesgos incluyen, entre otros: problemas técnicos con la transmisión de información; fallas en el equipo que podrían resultar en pérdida de información o retrasos en el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a un tratamiento futuro y sin correr el riesgo de perder o retirar cualquier beneficio del programa al que quisiera de lo contrario tendrá derecho.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## ***Consentimiento General para el Tratamiento/Autorización del Paciente/Reconocimiento de los Beneficios Exención***

Las siguientes son las condiciones de los servicios prestados por Astrana Care al paciente cuyo nombre aparece al final de esta página.

### **CITAS DE EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA**

\_\_\_\_\_ Iniciales Entiendo que en una cita para un examen físico de rutina no pueden manifestarse quejas acerca de la salud ni anormalidades. Entiendo que si se manifiestan quejas acerca de la salud o anormalidades al médico, la visita no será facturada como un examen físico de rutina y que es posible que yo deba ser responsable por todos los costos de copagos, deducibles o coaseguros asociados con la visita.

### **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL LABORATORIO**

\_\_\_\_\_ Iniciales Es posible que sea necesario realizar o solicitar exámenes de laboratorio (cultivos, exámenes de Papanicola, biopsias, análisis de laboratorio, etc.). Nuestra oficina TE ENVIARÁ directamente al laboratorio de tu preferencia. Es posible que nuestra oficina envíe un espécimen a un laboratorio que el médico elija pero tendrá en consideración tu proveedor de seguros. Cada examen podrá tener más de un costo asociado, lo que dependerá de la complejidad. Es posible que tu proveedor de seguros no brinde cobertura para ciertos exámenes. Es tu responsabilidad conocer tus beneficios. Nosotros no podemos cambiar ningún código (Códigos de la Terminología Actual de Procedimientos o Códigos de Diagnóstico CIE-9) para ajustarlo a la cobertura o beneficios de tu plan.

**MARCA CON UNA TILDE** el laboratorio que tiene contrato con tu seguro. Si no lo sabes, el personal elegirá tu laboratorio de preferencia, de acuerdo con el contrato del seguro.

CPL       Lab Corp       Quest       No lo sabe       Otro: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO**

Yo/Nosotros consento/consentimos voluntariamente al tratamiento médico y a los procedimientos de diagnóstico prestados por Astrana Care y sus médicos asociados, clínicos y demás personal. Yo/Nosotros consento/consentimos voluntariamente a la realización de exámenes de detección de enfermedades infecciosas, tales como, sífilis, SIDA y hepatitis pero sin limitarse a ellas, y de exámenes para la detección de drogas si mi médico lo considera recomendable. Yo/Nosotros estoy/estamos al tanto de que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, y yo/nosotros reconozco/reconocemos que no se han otorgado garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes.

### **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La práctica y los médicos están autorizados a divulgar la información médica que sea requerida para el procesamiento de las solicitudes o el envío de información para la cobertura económica, la planificación del alta y demás cuestiones del tratamiento médico. Ello podrá incluir información referida a la atención psiquiátrica, abusos sexuales, o exámenes de detección de enfermedades infecciosas, lo que incluye el VIH/SIDA para servicios prestados durante esta visita. Yo/Nosotros también acepto/aceptamos la divulgación de información médica o de otro tipo acerca de mí a agencias regulatorias del gobierno federal o estatal según sea requerido por la ley. Yo/Nosotros entiendo/entendemos completamente que, como parte de una institución educativa, es posible que se registre información acerca del encuentro con el paciente o del historial del paciente para recolectar información. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que es posible que la información personal de salud sea utilizada o divulgada para el propósito de llevar a cabo el tratamiento, evaluar la calidad de los servicios prestados y para operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento o el pago. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que yo/nosotros tenemos el derecho a restringir cómo será utilizada y divulgada la información personal de salud para el tratamiento, pago, y las operaciones administrativas si yo/nosotros enviamos una solicitud por escrito. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que cada solicitud será considerada para la restricción con un criterio de caso por caso.

### **CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO**

Yo/Nosotros garantizo/garantizamos el pago de todos los cargos incurridos por el paciente o a cuenta del paciente y yo/nosotros cedo/cedemos nuestros derechos sobre beneficios de seguros u otro financiamiento al médico y a Astrana Care. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que yo/nosotros soy/somos responsables por cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro ni otros tipos de beneficios. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que Astrana Care puede obtener mi/nuestro reporte crediticio para su revisión en el proceso del cobro de esta deuda. En caso de que esta cuenta sea cedida a una agencia de cobros o a un abogado para su cobro, yo/nosotros pagaré/pagaremos todas las tarifas y los costos de cobro, lo que incluirá los honorarios razonables del abogado. Para los beneficiarios de Medicare: Yo/Nosotros he/hemos proporcionado toda la información necesaria para la apropiada asignación de los beneficios de Medicare.

### **DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS DEL PACIENTE POR INDEMNIZACIÓN A LOS TRABAJADORES Y AUTORIZACIÓN**

Entiendo que la ley de Indemnización a los Trabajadores de Nevada establece que la información escrita relacionada directamente con una demanda de indemnización a los trabajadores debe ser proporcionada por un centro de salud/médico al proveedor de seguros, el

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

empleador, el empleado, sus abogados, o la Comisión Estatal de Indemnización a los Trabajadores aplicable de acuerdo con el Código de Nevada NRS616C.050. Yo/Nosotros autorizamos a Astrana Care a proporcionar copias de mis registros médicos o a hablar con representantes debidamente autorizados acerca de cualquiera de los temas que se mencionan arriba con respecto a mis expedientes médicos, mi tratamiento médico, o mi condición médica.

#### **PRESCRIPCIONES DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

Astrana Care se reserva el derecho de no prescribir medicamentos narcóticos. Si tomas medicamentos narcóticos para el control del dolor de forma regular, debes consultar a un médico dedicado a la gestión del dolor. No se brindarán prescripciones narcóticas a los nuevos pacientes en la visita inicial hasta que se haya realizado un diagnóstico completo y se hayan recibido los registros previos. Los medicamentos que son sustancias controladas (narcóticos, ansiolíticos, medicamentos para el sueño, etc.) son muy útiles, pero tienen alto potencial de mal uso o abuso. Estas drogas están controladas de cerca por el gobierno local, estatal y federal. Éstas están pensadas para aliviar el dolor, mejorar el funcionamiento y/ o la capacidad de trabajar, no para simplemente sentirte bien. Si te prescriben tales medicamentos para ayudarte a gestionar el dolor, eres responsable de la sustancia controlada utilizada como medicación. Si la prescripción es perdida, dejada en el lugar equivocado, robada, o se utiliza la totalidad de la medicación antes de lo prescripto, no será reemplazada. No puedes solicitar ni aceptar sustancia de medicación de ningún otro médico o individuo mientras estés recibiendo esta medicación de tu médico. Los surtidos de prescripción de sustancias controladas no pueden ser retirados en la farmacia. Los mismos deben estar escritos a mano, y debes asistir a tu cita agendada. Tu médico te informará de los efectos adversos, lo que incluye los efectos psicológicos normales de tolerancia y dependencia.

#### **DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Otra(s) Persona(s) autorizadas para hablar acerca de información médica (lo que incluye citas, facturación, y seguro):

Nombre Completo	Número Telefónico	Relación

#### **COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL**

Podrás solicitar recibir comunicaciones confidenciales de Información de Salud Protegida (PHI), es decir, resultados de laboratorio, resultados de imágenes, derivaciones/autorizaciones previas, surtidos de prescripciones, a través del medio que prefieras.

**Yo autorizo a Astrana Care a dejar mensajes relacionados con la información protegida de salud en los siguientes: (Selecciona todos los que apliquen)**

- Correo de voz del Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_
- Correo de voz del Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_
- Correo de voz del Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_
- Mensaje a través del Móvil en el Portal Web del Paciente (se requiere una dirección de correo electrónico): \_\_\_\_\_
- NO DEJAR OTRO MENSAJE QUE NO SEA DEVOLVER LA LLAMADA

#### **RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo/Nosotros he/hemos recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo podrá ser utilizada o divulgada mi información de salud. Entiendo que debo leerlo con detenimiento. Tengo conocimiento de que el aviso podrá ser modificado en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Firma del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## Política Para el Llenado de Formularios

Astrana Care exige el pago del llenado de los formularios que el paciente solicite a los proveedores llenar en su nombre. Recibimos muchas solicitudes, las cuales requieren una gran cantidad de tiempo administrativo y recursos económicos adicionales a los que se necesitan normalmente para completar el expediente médico.

### Instrucciones:

- Envía los formularios requeridos con anticipación. El proveedor intentará completar los formularios tan pronto como sea posible; sin embargo, para ocuparse apropiadamente de cada formulario, los proveedores necesitan tiempo adecuado para revisar los registros del paciente.
- De ser aplicable, el paciente debe completar su sección del formulario antes de entregarlo al proveedor.

Los proveedores harán todo lo posible para completar esos formularios dentro de 5 a 7 días hábiles; sin embargo, no podemos asegurar que los mismos sean completados dentro del tiempo estipulado por el paciente. El pago será requerido por anticipado, antes del llenado de todos los formularios

### Tarifa de \$50 por el llenado de los siguientes formularios:

- FMLA/Discapacidad
- Carta de Condición
- Solicituds misceláneas del paciente

### Tarifa de \$20 por el llenado de los siguientes formularios:

- Letrero de discapacidad de la DMV
- Formularios Físicos

---

## Política de Cancelación y Retraso

Es política de Astrana Care que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas programadas. En caso de que un paciente no pueda asistir a su cita programada, el paciente debe avisar con 24 horas de anticipación llamando al consultorio.

Si un paciente existente llega tarde a su cita, es posible que no reciba tratamiento ese día y que tenga que reprogramarla. Si el paciente recibe tratamiento, trabajará entre otros pacientes de acuerdo con el horario de su cita.

Un paciente que no asista a 3 o más citas en un período de doce meses sin previo aviso de cancelación puede ser dado de alta del consultorio a discreción del proveedor del paciente. Además, si un paciente no se presenta 3 veces en un período de doce meses, se le solicitará que asista a una cita sin cita previa para ser atendido por su proveedor. Además, a un paciente que llega constantemente tarde a su cita también se le puede exigir que acuda sin cita previa y puede ser dado de alta del consultorio a discreción del proveedor del paciente.

Al firmar debajo, do fe de que he leído y entendido lo mencionado arriba. En tu portal del paciente se proporciona una copia de este formulario. Si deseas una copia en papel de este formulario, puedes solicitarla a un miembro del personal de la oficina.

---

Firma del Paciente / Firma del Tutor Legal

Fecha

---

Nombre Escrito

## Formulario de Consentimiento para Paciente Para el Intercambio Electrónico de Información Médica Individual

HealthHIE Nevada es una organización sin fines de lucro encargada de conectar a la comunidad médica para compartir información de manera electrónica y segura con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Para obtener más información sobre el intercambio de información médica (HIE), lea el Folleto de Información para Pacientes. Puede solicitarlo al médico que le entregó este formulario, o visitar la página web en [www.HealthHIE Nevada.org](http://www.HealthHIE Nevada.org).

### Detalles sobre la información del paciente en HealthHIE Nevada y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se utilizará su información y quién puede acceder a ella:** Cuando usted da su consentimiento, sólo los participantes de HealthHIE Nevada (como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y farmacias), tendrán acceso a su información sanitaria. Sólo se podrá utilizar para:
  - Proporcionarle tratamiento médico y otros servicios relacionados.
  - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica prestada a todos los pacientes.
2. **Tipos de información incluida y su procedencia:** Su información procede de las organizaciones participantes que le han prestado atención médica. Pueden ser hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos y otras organizaciones de atención médica. Sus registros médicos pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o una fractura ósea), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que le haya recetado su médico. Es posible que esto incluya información creada antes de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Esta información puede referirse a condiciones de salud sensibles, que incluyen, pero no se limitan a
  - Problemas de uso de alcohol o drogas
  - Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias)
  - VIH/SIDA
  - Condiciones de salud mental
  - Anticoncepción/aborto (planificación familiar)
  - Enfermedades de transmisión sexual
3. **Acceso o divulgación indebida de su información:** Es posible que un médico participante divulgue su información electrónica a otras personas sólo si la ley del estado de Nevada lo permite. Si en algún momento sospecha que una persona que no debería haber visto o recibido información sobre usted lo ha hecho, debe notificarlo a su médico.
4. **Período de vigencia:** Su consentimiento se hace efectivo a partir de la firma de este formulario y permanecerá en vigencia hasta el día en que lo revoque o que HealthHIE Nevada cese sus operaciones.
5. **Revocar su consentimiento:** Puede revocar su consentimiento cuando lo desee firmando un nuevo formulario de consentimiento y entregándoselo a su médico. Estos formularios están disponibles en la oficina de su médico o llamando al 855-484-3443. Los cambios en el estado de su consentimiento pueden tardar entre 24 y 48 horas en activarse en el sistema.  
Nota: Las organizaciones que acceden a su información médica a través de HealthHIE Nevada durante el período de vigencia de su consentimiento pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque usted decida posteriormente retirar su consentimiento, no están obligados a devolverlo o a eliminarlo de sus registros.
6. **Cómo se protege su información:** Las leyes y reglamentos federales y estatales protegen su información médica. La HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, es la ley federal que protege su historial médico y limita quién puede ver y recibir su información médica, incluida la información médica electrónica. Las protecciones de la HIPAA se reforzaron aún más con otra ley federal, la Ley HITECH de 2009, que puede imponer graves multas económicas a quien infrinja sus derechos de privacidad médica. Toda la información médica disponible en el HIE, incluida la suya, está encriptada según las normas federales y sólo es accesible según lo permitido por la ley del estado de Nevada (NRS 439.590). Además, su médico debe proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo utiliza y protege su información médica.

Tiene derecho a recibir una copia de este **Formulario de Consentimiento** tras firmarlo.



Sólo para uso interno: MRN \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento para Paciente para el Intercambio Electrónico de Información Médica Individual

Lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información: (Por favor, escriba con letra de molde):

<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b> _____			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	
<b>NOMBRE(S) ANTERIOR(ES)</b> _____			<b>GÉNERO:</b> M _____ F _____
<b>DIRECCIÓN/APARTADO POSTAL</b> _____			
<b>CIUDAD</b> _____	<b>ESTADO</b> _____	<b>CÓDIGO POSTAL</b> _____	
<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b> _____		<b>EMAIL</b> _____	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> _____ (DD) _____ (MM) _____ (AAAA)			

**Pacientes Medicaid de Nevada: LEA ATENTAMENTE.** La ley de Nevada establece que "una persona beneficiaria de Medicaid o de un seguro conforme al Programa de Seguro Médico para Niños no puede optar por que se divulgue electrónicamente su información médica individualmente identificable" (NRS 439.539). Cuando un paciente deja de ser beneficiario de Medicaid, es su responsabilidad cambiar su opción de consentimiento, si así lo desea. Sírvase firmar a continuación para indicar su reconocimiento.

**Opciones de Consentimiento: (MARQUE A, B o C) Los pacientes de Nevada Medicaid están exentos de seleccionar.**

*Su opción de dar o no el consentimiento no puede constituir motivo de exclusión de los servicios médicos.*

**A. DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes en el HIE accedan a **TODA** mi información médica electrónica (incluyendo la información sensible) en relación con la prestación de cualquier servicio de atención médica, incluyendo la atención de emergencia.

**B. DOY MI CONSENTIMIENTO SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA** para que todos los participantes del HIE accedan a TODA mi información sanitaria electrónica (incluida la información sensible).

**C. NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que ningún participante del HIE acceda a **NINGUNA** de mis informaciones sanitarias electrónicas, INCLUSO en caso de emergencia médica.

Firma del paciente, de los padres (menores de 18 años) o del representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
*Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en este formulario a "yo", "me" o "mi" se refieren al paciente.*

Nombre del representante autorizado (en letra imprenta) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Dirección del representante autorizado \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### PARA USO INTERNO

Nombre de la Organización: \_\_\_\_\_ Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_  
*Como testigo de este consentimiento, certifico que el firmante mencionado me es conocido personalmente o ha establecido su identidad mediante una identificación satisfactoria con foto, tarjeta de seguro u otra prueba de identidad en la que se confía habitualmente en la atención médica.*