



FORMULARIO DE DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre Preferido: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono _____

DOB: ____/____/____

Condado: _____

SSI #: _____

Sexo asignado al nacer: <i>(Selecciona uno)</i>	Masculino	Femenino	Identificación de género: <i>(Selecciona uno)</i>	Hombre Mujer Hombre-transgénero	Mujer-transgénero Intergénero Otro
Orientación Sexual <i>(Selecciona uno)</i>	Heterosexual Intersexual No es fácil categorizar	Lesbian Gay Bisexual	Queer Cuestionándose Asexual		

Raza: _____	Origen étnico: <i>(Selecciona uno)</i>	Hispano	No hispano
--------------------	--	---------	------------

INFORMACION DE SEGUROS

Seguro primario _____	Garante de póliza _____
Numero de Grupo _____	Número de póliza _____
Fecha efectiva _____	Referencia Y N _____
Verificado por _____	Fecha de verificación _____
Seguro secundario _____	Garante de póliza _____
Numero de Grupo _____	Número de póliza _____

Ingresos: _____ por semana

personas en el hogar: _____ (incluyendo el paciente)

Basado en los ingresos reportados: *(marcar uno)*: PHNTX Staff Member

- < 100% of the federal poverty level
- Between 101-200% of the federal poverty level
- Between 201-300% of the federal poverty level
- Between 301-400% of the federal poverty level
- > 400% of the federal poverty level

Firma del paciente: _____



Identificación del paciente: _____

UPTOWN PHYSICIANS
GROUP

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS AL PACIENTE

I. Consentimiento para recibir servicios de Uptown Physicians Group (por favor, escriba abajo sus iniciales)

Doy mi consentimiento para recibir los servicios mencionados a continuación, por parte de Uptown Physicians Group (UPG). Entiendo que UPG ofrece una variedad de servicios y que mis proveedores y yo discutiremos qué servicios son apropiados para mí.

Atención y tratamiento médicos para pacientes externos:

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que UPG lleve a cabo análisis de mis conductas de riesgo, evaluaciones o exámenes físicos, realice pruebas de laboratorio o de otro tipo (que pueden incluir pruebas de VIH), aplique inyecciones, medicamentos y otros tratamientos, y me brinde otros servicios de salud. Entiendo que, antes de que se me proporcione el tratamiento, UPG me explicará acerca de mi(s) enfermedad(es), de los riesgos previsible(s) y de los métodos de tratamiento de ellas. Para hacer seguimiento del avance del tratamiento puede ser necesario utilizar fotografías que se añadirán a mi EMR (Registro Médico Electrónico), destinadas a evaluar visualmente dicho avance. Autorizo a UPG a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se considere necesario si en una situación de emergencia se descubriera alguna o condición no conocida previamente. Si estoy en edad fértil y mi prueba de embarazo arrojara resultados positivos, me comprometo a buscar atención prenatal tan pronto como sea posible.

Servicios de gestión de caso y de prevención del VIH:

Entiendo que, si me ofrecen servicios de gestión de caso, su objetivo será promover mi competencia y autosuficiencia, y que tengo responsabilidades específicas para el cumplimiento de dicho objetivo. Entiendo que las actividades clave para la gestión de caso incluyen evaluar mis necesidades, proporcionarme información, remitirme a los servicios adecuados y ponerme en contacto con ellos, abogar en mi nombre cuando sea necesario y supervisar los servicios que recibo. Entiendo que los servicios de prevención del VIH pueden tener requisitos específicos del programa que me serán explicados si se determina que soy elegible para participar en el programa.

Servicios de salud conductual

Entiendo que, si se me asigna un proveedor de salud conductual, este trabajará conmigo para determinar qué servicios son apropiados para mí; estos servicios pueden incluir: terapia individual y de grupo, terapia breve, intervención en caso de crisis, evaluación psiquiátrica y gestión de medicamentos psiquiátricos. Entiendo que UPG ofrece asesoría a corto plazo y hace hincapié en un enfoque de tratamiento breve. Reconozco que UPG no puede abordar todas las necesidades de salud mental, y que si se determina que necesito recursos o servicios de tratamiento diferentes de los que UPG puede proporcionar, UPG puede ayudarme mediante remisión a un proveedor de salud conductual apropiado.

II. Consentimiento de Telemedicina y Telesalud

Los servicios de telemedicina y de telesalud involucran el uso de equipos y dispositivos para videoconferencias interactivas seguras que permiten a los proveedores de atención médica prestar

servicios de atención médica a los pacientes cuando están ubicados en diferentes lugares. Entiendo que:

- (1) En una cita de telemedicina se aplica el mismo estándar de atención que en una cita presencial.
- (2) No estaré físicamente en la misma sala que mi proveedor de servicios médicos. Se me notificará si habrá presente en la sala otra persona que no sea mi proveedor de asistencia médica, y deberé dar mi consentimiento para esto.
- (3) El uso de tecnología conlleva riesgos potenciales, que incluyen interrupciones en el servicio, interceptación y dificultades técnicas. Si se determina que el equipo o la conexión para la videoconferencia no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la cita de telemedicina y programar una nueva cita para continuar.
- (4) Tengo derecho a negarme a participar o a decidir dejar de participar en una cita de telemedicina, y a que mi negativa quede documentada en mi registro médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
- (5) Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
- (6) La información sobre la atención médica que se me brinda puede ser compartida con otras personas para fines de programación y facturación.
 - Mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para la revisión y la auditoría de calidad.
 - Seré responsable de cualquier gasto de bolsillo, como copagos o coseguros que se apliquen a mi cita de telemedicina.
 - Las políticas de pago del plan de salud para las citas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las citas presenciales.
- (7) Este documento formará parte de mi registro clínico.
- (8) En lo que a mí respecta, soy responsable de mantener la confidencialidad sobre lo discutido en la conferencia de telemedicina.

También doy fe de que:

- (1) Los riesgos y beneficios de la telemedicina, y las alternativas a esta, han sido compartidos conmigo y mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción; y
- (2) Me encuentro en el estado de Texas y estaré en Texas durante mi(s) citas (s) de telemedicina.

III. Aviso de acceso a los registros médicos y al historial de medicamentos

Entiendo que UPG tiene la facultad para acceder a mis registros médicos electrónicos y a mi historial de medicamentos de otros proveedores, hospitales y farmacias por fuera de UPG, en donde recibo servicios. De acuerdo con la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996), los proveedores de atención médica están autorizados a utilizar y divulgar su información médica para fines de tratamiento; este intercambio de información permite a UPG coordinar mejor la atención que me brinda. Solo está permitido acceder a los registros que NO están marcados como sensibles o confidenciales, y estos se pueden importar a mi ficha de paciente de UPG. Del mismo modo, otros proveedores pueden acceder a mis registros médicos de UPG que NO estén marcados como sensibles o confidenciales.

IV. Consentimiento para recibir comunicaciones digitales

Formato de consentimiento de servicios al paciente

UPG cuenta con varios métodos electrónicos seguros para comunicarse con usted y compartirle información acerca de su tratamiento. Estos métodos incluyen el **Portal del Paciente, los SMS (Mensajes de Texto Cortos y Seguros) y las encuestas electrónicas para la mejora de la calidad**. La participación en cualquiera de estas formas de comunicación digital es completamente voluntaria, y rechazar dicha participación no afectará su elegibilidad para recibir servicios. En cualquier momento usted puede declinar su participación dándose de baja en las comunicaciones, o notificando por escrito a UPG.

V. Reconocimientos

Reconozco que se me ha ofrecido una copia de los siguientes documentos:

- Derechos y responsabilidades del paciente
- Política de conducta perturbadora
- Aviso de prácticas de privacidad
- Procedimiento de quejas del paciente

Al firmar este documento, otorgo por mi propia voluntad los consentimientos y autorizaciones arriba mencionados. Reconozco que se me ha preguntado si deseo dialogar sobre este documento en un idioma y formato que entienda. Estos consentimientos y autorizaciones permanecerán vigentes hasta que yo proporcione una declaración escrita revocándolos o dando por terminados mis servicios con UPG. Las revocaciones escritas del consentimiento pueden ser entregadas a un miembro del personal de UPG.

Primer nombre del paciente e inicial del segundo nombre

Apellido del paciente

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)

Correo electrónico

Teléfono móvil

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha

Nombre impreso del representante legal del paciente (si es aplicable)

Relación con el paciente (si es aplicable)

Padre/Madre

Tutor designado por el Tribunal

Poder legal

Firma del personal de UPG

Fecha



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Participar en los servicios de Uptown Physicians Group (UPG) es una asociación. Esto significa que tenemos que trabajar juntos y se requiere su completa participación y cooperación para que usted pueda cumplir con sus objetivos relacionados con su salud. Como socio en este proceso, usted tiene los siguientes derechos y obligaciones:

Derechos:

- El derecho a recibir todos los servicios ofrecidos por UPG para los cuales es elegible independientemente de la edad, sexo, raza, color, origen nacional, religión, credo, afiliación política, orientación sexual, identidad de género o invalidez.
- El derecho a la confidencialidad dentro de los límites de la ley.
- El derecho a ser informado acerca de cómo puede presentar una queja.
- El derecho a retirarse como cliente de UPG en cualquier momento.
- El derecho a acceder sus archivos médicos, corregir errores u omisiones, y ser informado sobre la manera en que información personal es compartida y utilizada.
- El derecho al consentimiento informado.
- El derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su vida y cómo la vive.
- El derecho a ser tratado con profesionalismo y respeto.

Responsabilidades:

- La responsabilidad de mantener un contacto permanente con sus proveedores de atención asignados (administrador de casos, coordinador de servicios médicos, especialista en cuidado, promotor de salud, y/o personal de clínica médica UPG).
- La responsabilidad de mantenerse al tanto y asistir a todas las citas que están programadas con usted.
- La responsabilidad de actualizar su información de elegibilidad cada 6 meses incluyendo una prueba de residencia y prueba de ingresos con el fin de mantener esos servicios si está accediendo servicios financiados de Ryan White por UPG.
- La responsabilidad de proveer información correcta a UPG y actualizar cualquier cambio a esta información a medida que se produce, incluidos los cambios en: dirección, número de teléfono, e ingresos.
- La responsabilidad de proporcionar información correcta sobre seguro de salud a UPG y actualizar cualquier cambio en el estado del seguro de salud: Medicare, Medicaid, seguro privado o plan de mercado de la Ley de Seguro Asequible.
- La responsabilidad de dar seguimiento a las referencias.
- La responsabilidad de notificar a UPG si no puede acudir a su cita. Miembros del personal de UPG no le van a esperar más de 15 minutos a menos que se les haya notificado de una causa razonable para la demora.
- La responsabilidad de tratar a todos los miembros del personal de UPGI con el mismo respeto que usted espera y merece.
- La responsabilidad por las decisiones que toma en su vida.

He leído, entendido y aceptado cumplir con estos derechos y responsabilidades. He recibido una copia de este formulario.

Paciente: _____

UPG Staff: _____

Fecha: _____

Fecha: _____



UPTOWN PHYSICIANS
GROUP

STI Clinic Attestation

I _____ understand that I will be tested and/or treated for Sexually Transmitted Infections and not any other chronic health conditions.

Signature

Date



UPTOWN PHYSICIANS
G R O U P

AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Al firmar este documento, confirmo mi responsabilidad financiera por esta visita médica, incluidos los laboratorios ordenados o los medicamentos recetados debido a las siguientes razones que se enumeran a continuación.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Mediante este documento, solicito y autorizo a UPG (Uptown Physicians Group), sus prácticas médicas y proveedores, incluidos médicos, enfermeras y otro personal calificado, a realizar servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento según sea necesario de acuerdo con el juicio del médico tratante.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO: Solicito que el pago de los beneficios médicos autorizados se realice en mi nombre directamente al proveedor de servicios de UPG que se me proporciona. Yo Autorizo a UPG a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros de salud y / o sus agentes legítimos que sea necesaria para procesar reclamos de seguro de salud relacionados y / o para verificar los beneficios del plan de acuerdo con los estándares de información de salud de HIPAA. Autorizo el pago de servicios, de lo contrario pagaderos a mí bajo los términos de mi plan de seguro de salud privado, grupal o grupal, directamente a UPG. Autorizo que la fotocopia de este formulario sea válida como original.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Entiendo que, si mi seguro no cubre algunos/o todos los servicios recibidos, seré responsable de cualquier/todos los cargos no cubiertos. Esto incluye GARANTÍA DE PAGO: Por la presente garantizo el pago de todas las tarifas y cargos relacionados con todos los servicios y bienes duraderos que se me proporcionan a través de las prácticas médicas y proveedores de UPG desde mi primera fecha de examen o tratamiento. Yo acepto realizar el pago completo inmediatamente después de recibir un estado de cuenta de UPG, ya sea una factura provisional o final. Si no realizo el pago completo o no cumplo con otros arreglos de pago realizados con la aprobación de UPG, entiendo que se pueden iniciar las medidas de cobro apropiadas. AUTOPAGO: Las cuentas de pago por cuenta propia son pacientes sin cobertura de seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en los que la oficina no participa. Siempre es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina está participando con su plan. Nunca es nuestra intención causar dificultades a nuestros pacientes, solo brindarles la mejor atención posible y la menor cantidad de estrés. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

RYAN WHITE: Entiendo que la documentación de Ryan White debe estar actualizada. Es mi responsabilidad proporcionar los documentos de elegibilidad requeridos de manera oportuna según lo solicite el personal. De lo contrario, puede resultar en un estado de pago por cuenta propia, por lo tanto, seré responsable del pago de mi visita en el momento del servicio. Yo, o mi representante legal, certifico que he leído este documento, que me lo han explicado completamente y que entiendo su contenido, y por el presente acepto todos los términos y condiciones establecidos anteriormente y acuso recibo de una copia si se solicita.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre de la paciente: (Imprimir): _____



UPTOWN PHYSICIANS
G R O U P

Comportamiento Disruptivo Procedimientos

El Comportamiento Disruptivo es cualquier comportamiento que amenace la seguridad del personal, clientes, y otros. Dicho comportamiento puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- a. Abuso verbal, que incluye palabras altisonantes y el uso de tono agresivo, amenazante o palabras irrespetuosas.
- b. Abuso físico, el causar daño físico o la intención de hacerlo.
- c. Abuso Emocional, que incluye el uso de sobrenombres y acoso.
- d. Abuso sexual, que incluye comentarios sexuales y pedir u ofrecer sexo.
- e. Posesión de sustancias ilegales y/o parafernalia, y estar bajo la influencia de drogas cuando tenga una cita con el personal.
- f. Traer pistolas u otra arma mortal a las citas con el personal.
- g. Llamar o mandar correos electrónicos al personal excesivamente y sin razones apropiadas.

Si algunos de los comportamientos arriba mencionados ocurren:

- a. El paciente recibirá una advertencia verbal y/o escrita.
- b. Si el comportamiento continuo, el cliente será suspendido de los servicios de Uptown Physicians Group (UPG) temporal o permanentemente y se le dará una referencia para otra agencia si es posible.
- c. Si es necesario, se llamara a la policía.

En todas las situaciones de comportamiento disruptivo, se informará al Director de Servicios al Cliente y Comunitarios para ser parte del proceso decisivo y ayudar a tomar la mejor decisión para el cliente y UPG

Yo he leído y entendido la política de UPG acerca del comportamiento disruptivo y mis preguntas han recibido una respuesta.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Firma del Personal de UPG

Fecha

UPTOWN PHYSICIANS
GROUP**PRIVACIDAD HIPAA, AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN
DE INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD**

Esta autorización se prepara conforme con los requisitos de la Ley de Portabilidad del Seguro Médico y de Responsabilidad de 1996 (P. L. 104-191), 42 U.S.C Sección 1320d, et. seq., y las regulaciones establecidas de esta, en su versión modificada de tiempo en tiempo (denominados colectivamente como "HIPAA").

Esta autorización afecta sus derechos de privacidad de su información de salud personal (en Inglés PHI). Por favor, lea toda la autorización cuidadosamente antes de firmar.

Uptown Physicians Group (UPG) no va a condicionar tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad para beneficios, según sea el caso, en su autorización para el uso o divulgación solicitada. **USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION.**

Al firmar esta autorización, usted reconoce y acepta que UPG puede usar o divulgar su historia médica, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para cuidado futuro o tratamiento para el propósito (s) de:

- planear mi cuidado y tratamiento
- comunicarse con otros profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- aplicar mi diagnóstico a mi factura
- pagadores terceros que verifican que los servicios fueron realmente efectuados.
- Evaluar la calidad y competencia de los profesionales de la salud.

Al firmar esta autorización usted acuerda que UPG o sus socios pueden revelar su información personal de cuidado médico.

Incluso, mediante la firma de esta autorización usted reconoce que se le ha facilitado una copia y ha leído y entendido el aviso Notificación de Prácticas de Privacidad UPG, que contiene una descripción completa de sus derechos, y los usos y divulgaciones permitidas, bajo HIPAA. Aunque UPG ha reservado el derecho a modificar los términos de su aviso de privacidad, copias del Aviso de prácticas de privacidad en su versión modificada están disponibles por UPG, enviando una solicitud por escrito con su dirección a: Compliance Officer, Uptown Physicians Group, 3900 Junius Suite 300, Dallas, TX 75243.

De acuerdo con sus derechos y sujeto a ciertas restricciones impuestas por, HIPAA, usted puede inspeccionar o copiar su PHI del archivo designado por UPG durante el tiempo que el PHI se mantiene en el archivo designado.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, exceptuando cuando UPG haya tomado acciones basadas en ella. La revocación es efectiva a partir de una revocación recibida por escrito y una copia de la forma de autorización ejecutada para ser revocada a la dirección indicada arriba.

Esta autorización expirara ante lo que ocurra primero: (a) la revocación de la autorización, (b) El hallazgo del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles

de los Estados Unidos, que esta autorización no está cumpliendo con los requisitos de HIPAA, (c) la completa satisfacción de los fines para los que fue originalmente obtenida esta autorización se determinará bajo el mejor criterio de UPG, o (d) seis años a partir de la fecha en que se ha ejecutado esta autorización.

Al firmar esta autorización usted reconoce y acepta que cualquier información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría estar en riesgo de que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no esté protegida por HIPAA.

UPG proveerá _____ con una copia de esta autorización firmada.

Reconocida y aceptada por:

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre impreso del representante legal
del paciente (*si es aplicable*)

Relación con el paciente (*si es aplicable*)

- Padre/Madre
- Tutor designado por el tribunal
- Poder legal

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices on the following date, _____ but acknowledgment could not be obtained because:

- Client/Representative refused to sign
- Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement at this time (will attempt again at a later date)
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement (Explain):

Other (Specify):

Patient Name _____
 Address _____
 City _____ State _____ Zip _____
 Date of Birth _____
 Telephone # _____
 Last 4 of SS# _____

Patient ID _____



UPTOWN PHYSICIANS
 GROUP

Autorización para Solicitud de Información

Por la presente autorizo a Uptown Physicians Group (UPG) la solicitud y/o dar entrega de la información especificada abajo en el registro(s) médico del cliente mencionado anteriormente de las siguientes maneras: verbalmente, por escrito, y/o a través de correo electrónico seguro (codificado) .

La información deberá ser solicitada de y/o entregada a:

DE: _____
 Nombre de la Persona/Organización

A: _____
 Nombre de la Persona/Organización

 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal (País, Si es aplicable)

 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal (País, Si es aplicable)

 Número de Teléfono Número de FAX

 Número de Teléfono Número de FAX

Se necesita la información del cliente para (Por favor seleccione sólo una):

- Continuación de Asistencia Médica Propósitos Legales Seguros/Facturación/Reclamos
 Seguro Social/Incapacidad Otro(explique) _____

Información para entregar o acceder (Por favor marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solo historial de Notas de Progreso Clínico | <input type="checkbox"/> Medicación/Información de Prescripción | <input type="checkbox"/> Fechas de Registros de Hospitalización : |
| <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Formulario Común de Admisión(CIF) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de Diagnóstico por Imagen | <input type="checkbox"/> Prueba de Ingresos, Residencia, Identificación con Foto | <input type="checkbox"/> Fecha de Visita a la Sala de Emergencias: |
| <input type="checkbox"/> Resultados/Pruebas de Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Historial Psicosocial | _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial de dado de alta del Hospital | <input type="checkbox"/> Historial Alcohol/Uso de Drogas y Tratamiento | <input type="checkbox"/> Fecha de Visitas a la Clínica: |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas de Laboratorio Más Recientes | <input type="checkbox"/> Antecedente Criminal/Libertad Condicional o Bajo Palabra | _____ |
| <input type="checkbox"/> Carta de Diagnóstico de VIH | <input type="checkbox"/> Historial y Tratamiento Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Otro: |
| | | _____ |

Además, autorizo a que se incluya información de Salud relacionada con (marque si aplica):

- Infección VIH/SIDA Abuso de Drogas/Alcohol Prueba Genética

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que UPG se ha confiado en esta autorización. La revocación escrita debe ser dirigida a mi asignado miembro del personal de Uptown Physicians Group al 2801 Lemmon Ave, Suite 400, Dallas, Texas 75204 (fax# 214-303-132). A menos que sea revocada, entiendo que esta autorización vencerá en trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la fecha de este documento firmado en _____. Una copia de esta autorización se considera tan válida como la original.

Tengo entendido que el destinatario autorizado para recibir la información de salud no es una entidad cubierta (por ejemplo, No-Proveedor de cuidado de la salud) la información entregada podría ser revelada de nuevo y ya podría no estar protegida por las regulaciones federales y estatales de privacidad.

Comprendo que UPG no condicionara el tratamiento, el pago, el registro o la elegibilidad para la base de los beneficios al completar esta forma. Comprendo que Yo podría recibir cargo de cobro por copias de historial médico.

_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Nombre Impreso del Representante del Cliente (si aplica)	Relación al Cliente (si aplica) <input type="checkbox"/> Guardián Nombrado por la Corte <input type="checkbox"/> Ejecutor o Administrador de la Herencia del Difunto <input type="checkbox"/> Poder Legal

Autorización de divulgación

A excepción de lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se le ha proporcionado a usted, las leyes federales y de Texas nos prohíben hablar de su atención médica con cualquier persona, a menos que tengamos su permiso por escrito. Si desea darnos permiso para hablar de su caso con un amigo suyo, un miembro de su familia, un(a) cuidador(a) o una agencia de salud y servicios humanos, indique a continuación estas personas o agencias.

1. **Afiliados a la red: ÚNICAMENTE para los pacientes elegibles para el programa Ryan White:** al escribir sus iniciales a continuación, usted autoriza a Uptown Physicians Group a divulgar y a obtener su información médica de los afiliados de la red. En el momento de firmar, recibirá una lista de afiliados a la red.

			Iniciales del Paciente	Fecha
2.	_____ Persona o agencia	_____ Número telefónico	_____ Relación con usted (si es una persona)	_____ ¿Esta persona o agencia conoce su diagnóstico? (S/N)
3.	_____ Persona o agencia	_____ Número telefónico	_____ Relación con usted (si es una persona)	_____ ¿Esta persona o agencia conoce su diagnóstico? (S/N)
4.	_____ Persona o agencia	_____ Número telefónico	_____ Relación con usted (si es una persona)	_____ ¿Esta persona o agencia conoce su diagnóstico? (S/N)
5.	_____ Persona o agencia	_____ Número telefónico	_____ Relación con usted (si es una persona)	_____ ¿Esta persona o agencia conoce su diagnóstico? (S/N)
6.	_____ Persona o agencia	_____ Número telefónico	_____ Relación con usted (si es una persona)	_____ ¿Esta persona o agencia conoce su diagnóstico? (S/N)

Por medio de la presente, autorizo a Uptown Physicians Group (UPG) a divulgar información sobre mi salud, incluido mi diagnóstico, a las personas o agencias indicadas en este formulario.

Esta autorización expirará a los 365 días de la fecha en que se firmó, a menos que yo haya indicado un período de tiempo más corto en el siguiente espacio (_____ días).

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha

Nombre impreso del representante legal
del paciente (si es aplicable)

Relación con el paciente (si es aplicable)

Padre/Madre

Tutor designado por el tribunal

Poder legal



UPTOWN PHYSICIANS
GROUP

**Aviso de prácticas de privacidad
Vigente a partir de octubre 6, 2022**

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted acceder a ella. **Por favor, lea con atención.**

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de su registro médico, en formato electrónico o en papel.
- Corregir su registro médico, en formato electrónico o en papel.
- Solicitar información confidencial.
- Solicitarnos limitar la información que compartimos.
- Recibir la lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Recibir una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos a la privacidad.

Tiene algunas opciones en cuanto a la forma en que utilizamos y compartimos la información, considerando que:

- Informamos a sus familiares y amigos sobre su estado de salud.
- Proporcionamos ayuda en caso de catástrofe.
- Lo/a incluimos a usted en un directorio del hospital.
- Proporcionamos atención de salud mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Podemos utilizar y compartir su información, considerando que:

- Le brindamos atención médica.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos sus servicios.
- Ayudamos en asuntos de salud y seguridad pública.
- Hacemos investigación.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o con un director de funeraria.
- Atendemos las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de cumplimiento de la ley, y las peticiones de otros organismos gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos.

Cuando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos. En esta sección le explicaremos sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Tiene derecho a:

Recibir una copia de su registro médico en formato electrónico o en papel

- Usted puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o en papel de su registro médico y de otra información médica que tengamos sobre usted. **Pregúntenos cómo hacerlo.**
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente dentro de los 15 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo.

Solicitar que corrijamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted, que considere incorrecta o incompleta. **Pregúntenos cómo hacerlo.**
- Es posible que le demos una respuesta negativa a su solicitud, pero le diremos la razón de esto por escrito, en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted a un canal de comunicación específico (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina), o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Responderemos afirmativamente a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos la información que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica acerca del tratamiento, del pago, o de nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos, en caso de que esto afecte la atención que le brindamos.
- Si usted paga completamente de su bolsillo por un servicio o artículo para su atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información, de manera que no se afecte el pago, o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener la lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite, con quién la hemos compartido y la razón de esto.
- Incluiremos toda la información divulgada, excepto las relacionadas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y alguna otra información divulgada (como la que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos anualmente un informe de forma gratuita, pero si solicita otro en un plazo de 12 meses, se le cobrará una tarifa razonable, basada en el costo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- En cualquier momento puede solicitar una copia en papel de este aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos sin demora una copia en papel.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

- Si ha otorgado a alguien un poder legal en cuanto a su atención médica, o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Antes de emprender cualquier acción, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en nombre suyo.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Para este fin, llene un Formulario de Quejas del Paciente o póngase en contacto con un miembro del Departamento de Cumplimiento compliance@prismntx.org, o en el teléfono 214-521-5191.
- También puede presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando la página web: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Aviso de prácticas de privacidad

Rev. 10.06. 22

Para información médica determinada, puede indicarnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara acerca de cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Indíquenos cómo debemos proceder y seguiremos sus instrucciones

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de solicitarnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de catástrofe
- Incluir su información en un directorio del hospital

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos compartir su información, si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario, para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En los casos siguientes, nunca compartiremos su información a menos que nos dé permiso escrito para:

- Propósitos de mercadeo
- Vender su información
- Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos ponernos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, pero usted puede solicitarnos que no volvamos a contactarlo/a para este fin.

Cómo usamos y divulgamos la información

Habitualmente ¿Con qué fin utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica para los siguientes propósitos.

- Para brindarle atención médica. Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando. Por ejemplo: Un médico que le está tratando por una lesión puede preguntar a otro médico sobre su estado de salud general.
- En el manejo de nuestra organización. Podemos utilizar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar la atención que le brindamos y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y servicios.
- En la facturación de sus servicios. Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud o de otras entidades. Por ejemplo: suministramos información sobre usted a su aseguradora médica, de manera que esta cubra los servicios que se le brindan.

¿Para qué otro propósito podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite, o se nos exige, que compartamos su información con otros fines, normalmente para contribuir al bien público, como en el caso de la salud pública y la investigación. Antes de poder compartir su información para estos propósitos, debemos cumplir muchas condiciones legales. Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar en asuntos de salud y seguridad pública. Podemos compartir información médica suya para determinadas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda para retirar productos del mercado
- Información de reacciones adversas a medicamentos

- Reporte de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o disminución de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Llevar a cabo investigaciones. Podemos utilizar o compartir su información para llevar a cabo investigaciones médicas.

Cumplir con la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso por solicitud del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este desea comprobar nuestro cumplimiento de la Ley Federal de Privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información médica suya con organizaciones que trabajan para la obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o con un director de funeraria. Cuando una persona fallece, podemos compartir información médica con un perito, un médico forense o un director de funeraria.

Atender las solicitudes de indemnización de trabajadores, para cumplir con la ley y por petición de otros organismos gubernamentales. Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para reclamaciones por indemnización de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley, o con funcionarios encargados del cumplimiento de la ley
- Con organismos de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno, tales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respuesta a demandas y acciones legales. Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades.

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos con prontitud si se produce algún incumplimiento o violación que pueda poner en riesgo la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle a usted una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Aunque usted nos autorice a hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, véase: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este Aviso

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

Cualquier inquietud o pregunta relacionada con estas prácticas de privacidad debe dirigirse al Departamento de Cumplimiento de Prism Health North Texas, por escrito o por teléfono: Prism Health North Texas

Attn: Compliance Department
3900 Junius Street, Suite 300
Dallas, Texas 75246
compliance@prismntx.org
214-521-5191