



# Pediatric Clinic, P.A.

Gerald A. Stagg, MD, FAAP    Joel D. Chapman, MD, FAAP  
 J. Colton Bradshaw, MD, FAAP    Marc E. Kimball, MD, FAAP  
 Michael D. Henry, MD, FAAP    Dana L. Rice, MD, FAAP  
 Alban Tomaj, MD

<b>PACIENTE</b>	Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es asi)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
	Dirección			Numero de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero De Telefonó
	<b>Raza:</b> Blanco    Afroamericano Indio Americano    Asiático Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico				<b>Etnicidad:</b> Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino Otro (o) No Determinado	
	Idioma Preferido:    Ingles    Español    Otro					
<b>PADRES/GUARDIAN</b>	Nombre de Madre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabaja Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabaja Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Nombre de Padre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabaja Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabaja Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Responsable del Pago (si el padre es menor de 18 años)		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabaja Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabaja Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	<b>ASEGURANZA</b>	Asegurancia Principi del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado
Seguro Social del Asegurado		Numero de ID del Asegurado	Numero de Póliza		Relación a Paciente	
Asegurancia Secundaria del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado		
Seguro Social del Asegurado		Numero de ID del Asegurado	Numero de Póliza		Relación a Paciente	
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
			<b>Hermanas/os</b>			

Firma de Persona Responsable

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

2001 N. Jefferson    Medical Office Building, Suite 300

Mt. Pleasant, Texas 75455    903-572-9823    FAX 903-572-4812



**Pediatric Clinic, P.A.**

---

## Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente, Padre, o Guardian

\_\_\_\_\_  
Relacion a Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ***CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO***

En acuerdo con la ley de Texas, la Clínica Pediátrica no proveerá la preocupación de salud a los menores a menos que un padre o madre le acompaña, un padre o madre provee un consentimiento escrito, o hay un curso que la clínica puede estar en contacto con el padre.

En Texas, un paciente está considerado un “menor” si él/ella está menor que la edad de 18, nunca está casado, o no ha sido declarado un menor legalmente emancipado.

Yo autorizo las personas siguientes piden la tratamiento para el hijo (a) siguiente en mi ausencia.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Hijo (a)

\_\_\_\_\_  
Paciente/Fecha de nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Paciente/Nombre del Hijo (a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
*Por favor escribe su inicial todas cajas aplicables. Si una categoría no aplica a usted, por favor escribe "N/A".*

**Iniciales**

### **ASIGNACIÓN MEDICAID DE BENEFICIOS**

Yo certifico que la información yo doy en aplicando por el pago de los beneficios de Medicaid está correcta. Yo asigno los beneficios de Medicaid pagable para La Clínica Pediátrica, P.A. servicios a la Clínica Pediátrica, P.A.

### **RESPONSABILIDAD FINANCIAL**

Yo honraré la póliza del pago de la Clínica Pediátrica por pago completo al tiempo los servicios están dando, a menos que los arreglos anteriores se ha sido hecho. Yo comprendo que la aseguransa no es un garantía del pago, y yo pongo de acuerdo que estoy responsable últimamente por el pago de servicios se dieron a la Clínica Pediátrica, P. A. Estoy responsable para los co-pagos de aseguransa de salud, deductibles y otras balanzas que no están cubiertas o pagable por mi compañía aseguransa. Comprendo que es possible, se me cargó en cuenta por los servicios exteriores como (laboratorio, rayos x, etc.); y puedo recibir los pagos de otros facilidades. Yo estoy en acuerdo pagar todos gastos relacionada a colección , sí por la agencia colección o por un abogado.

### **RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURANZA**

Yo certifico y transformo a la Clínica Pediátrica, P. A., todos los beneficios cubriendo la Clínica Pediátrica P. A. servicios para el pago del servicio dado. Yo entiendo que es mi responsabilidad en poveer una copia corriente de mi tarjeta de aseguransa y aceptar todas requeriansas recertificadas.

### **AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO**

Yo concedero permiso a la Clínica Pediátrica P. A. para administrar tan cuidado como ese de mi medico quien puede juzgar nesecario en mi diagnosis y tratamiento. Yo comprendo que tan cuidado puede incluir tratamiento medico y trasmitar procesos de cirugía menores.

### **AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACIÓN**

Yo por este acto, autorizo que la Clínica Pediátrica, P.A. suelte informacion necesaria por los siquientes razones: a otros medicos para continuar evidado profesional; a cualquier compania de aseguransa o a sus representantes; o de otra manera conceder por ley. Yo suelto a la Clínica Pediátrica P. A. de cualquier obligación para el suelto de está información y yo comprendo que en soltar específicamente incluye cualquier y todos exámenes de sangre y los que son relacionados incluyendo HIV, HIB y otras enfermedades. Esta autorización no cambiará y es limitada tiempo.

### **AUTORIZACION PARA EL VSO DE CORREO ELECTRONICO SEGURO**

Reconozco que me contactaran a traves del portal seguro para pacientes de la Clinica Pediatrica, P.A. si he dado mi direccion de correo electronico.



**Pediatric Clinic, P.A.**

---

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

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Es mi responsabilidad proporcionar a la Pediatric Clinic la información correcta y corriente de el seguro medico. Si no se presenta la información con plazo. El balance sera mi responsabilidad.

Nombre de persona Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de persona Responsable: \_\_\_\_\_

La Pediatric Clinic permite 30 dias para aplicar o agregar al seguro medico. Después de este tiempo, recibirá estados de cuenta por correo con respecto a su saldo. Puede contactarnos para establecer arreglos de pago.



## **Pediatric Clinic, P.A.**

---

Gerald A. Stagg, MD, FAAP  
Joel D. Chapman, MD, FAAP  
J. Colton Bradshaw, MD, FAAP  
Marc E. Kimball, MD, FAAP  
Michael D. Henry, MD, FAAP  
Dana L. Rice, MD, FAAP  
Alban Tomaj, MD

### **ENFERMERA PEDIÁTRIA PROFESIONAL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Este local tiene en personal una Enfermera Pediátrica Profesional para asistir en el cuidado medico.

La Enfermera Pediátrica Profesional no es un medico. Una Enfermera Pediátrica Profesional es una enfermera titulada que a recibido educación avanzada y entrenamiento en provision de cuidado medico pediátrico. Una Enfermera Pediátrica Profesional puede diagnosticar, tratar, y monitrear enfermedad de Infancia agudas común y crónicas. Puede suministrar cuidado medico. También, la Enfermera Pediátrica Profesional puede tratar laceracions leves o otras heridas leves.

E leído el texto de arriba y doy consentimiento a la Enfermera Pediátrica Profesional para que le brinda servicio medico a mi hijo/a.

Yo comprendo que en cualquier momento yo puedo negar ver a la Enfermera Pediátrica Profesional y pudo pedir ver un medico.

\_\_\_\_\_  
Nombre de niño/a (Letra de molde por favor)  
(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PATIENT HISTORY**

Please list any diagnosed medical problems your child has (ADHD, asthma, anemia, diabetes, seizures, etc.).

\_\_\_\_\_

Please list any surgeries your child has had (appendix, tonsils, tubes, circ, etc.).

Does anyone smoke at home? YES NO

**LIVING CONDITIONS**

Child lives with: MOM DAD STEPDAD  
STEPMOM OTHER \_\_\_\_\_

# of other individuals living in the home: \_\_\_\_\_

Birth mother's name: \_\_\_\_\_

Birth father's name: \_\_\_\_\_

Parent's status: MARRIED NOT MARRIED  
SEPARATED DIVORCED

Other caregivers regularly involved: \_\_\_\_\_

Mother's employment: \_\_\_\_\_

Father's employment: \_\_\_\_\_

Age at adoption: \_\_\_\_\_

Birth Country: \_\_\_\_\_

**ENVIRONMENTAL EXPOSURES**

Carpet in home? YES NO

Pets in the home? YES NO

Mold/mildew in home? YES NO

Occupational hazards? YES NO

Hobby hazards? YES NO

Other exposures? YES NO

**DAYCARE/EDUCATION**

Spends weekdays at home with? \_\_\_\_\_

Daycare YES NO

Pre-school? YES NO

Days attending daycare per week? \_\_\_\_\_

Educational level (grade)? \_\_\_\_\_

Education aides (IEP, 504, etc...)? \_\_\_\_\_

Home schooled? YES NO

Academic performance: \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY – MEDICAL PROBLEMS (Cancer, Diabetes, Asthma, High blood pressure, etc.) PATIENT'S...**

Mom \_\_\_\_\_

Dad \_\_\_\_\_

Sister \_\_\_\_\_

Brother \_\_\_\_\_

Maternal Aunt \_\_\_\_\_

Maternal Uncle \_\_\_\_\_

Paternal Aunt \_\_\_\_\_

Paternal Uncle \_\_\_\_\_

Maternal Grandmother \_\_\_\_\_

Maternal Grandfather \_\_\_\_\_

Paternal Grandmother \_\_\_\_\_

Paternal Grandfather \_\_\_\_\_

Other family members \_\_\_\_\_

**HISTORIA del PACIENTE**

Por favor escriba las problemas medicas diagnosticados de su hijo/a. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor escriba alguna cirugía su hijo/a ha tenido (apéndice, anginas, tubos de oído, circuncisión).

¿Alguien fuma en casa? SI NO

**CONDICIONES DE VIDA**

Niño/a vive con: mama papá padrastro  
madrastra otro \_\_\_\_\_

# de otras personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre biológica: \_\_\_\_\_

Nombre del padre biológico: \_\_\_\_\_

Estado de los padres: CASADOS NO CASADOS  
SEPARADOS DIVORCIADOS

Otros cuidadores involucrados regularmente: \_\_\_\_\_

Empleo de la madre: \_\_\_\_\_

Empleo del padre: \_\_\_\_\_

Edad en adopción: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

**EXPOSICIONES AMBIENTALES**

¿Alfombra en casa? Sí NO

¿Mascotas en el hogar? Sí NO

¿Moho en el hogar? Si NO

¿Hay riesgos ocupacionales? Sí NO

¿Riesgos de pasatiempos? SI NO

¿Hay otras exposiciones? Sí NO

**GUARDERIA/EDUCACION**

¿Pasa días de semana en casa con? \_\_\_\_\_

¿Guardería? Sí NO

¿Pre-escolar? Sí NO

¿Días asistiendo a la guardería por semana? \_\_\_\_\_

¿Nivel educativo (grado)? \_\_\_\_\_

¿Ayudantes de educación (IEP, 504, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Educado en casa? SI NO

Desempeño académico: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR – PROBLEMAS MEDICAS (cáncer, diabetes, asma, presión alta,..) PARIENTE AL PACIENTE**

Mamá \_\_\_\_\_

Papá \_\_\_\_\_

Hermana \_\_\_\_\_

Hermano \_\_\_\_\_

Tía materna \_\_\_\_\_

Tío materna \_\_\_\_\_

Tía paterna \_\_\_\_\_

Tío paterno \_\_\_\_\_

Abuela materna \_\_\_\_\_

Abuelo materno \_\_\_\_\_

Abuela paterna \_\_\_\_\_

Abuelo paterno \_\_\_\_\_

Otros familiares \_\_\_\_\_



## Polica De Vacunas

- Creemos firmamente en las vacunas para prevenir enfermedades graves y para salvar vidas.
- Creemos firmamente en la seguridad en nuestras vacunas.
- Creemos firmamente que todos los niños y jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas según el horario público del centro para el control y prevención de la Academia Americana de Pediatría.
- Creemos firmemente y nos basamos en toda la literatura disponible, la evidencia, y estudios actuales, que las vacunas no causan autismo o otras discapacidades. Creemos firmemente que el sarampión, un coservante que ha estado en las vacunas durante décadas y sigue estando en algunas vacunas no causa autismo o otras discapacidades de desarrollo.
- Creemos firmemente que al vacunar a niños y jóvenes puede ser la intervención más importante de salud que promueven que realizamos como proveedores de atención de salud, y que se pueden realizar como padres o guardianes. Las vacunas recomendadas al horario determinado son el resultado de años y años de estudio científico y recopilación de datos en millones de niños por miles de nuestros brillantes científicos y médicos.

Estas cosas se dicen reconocemos que siempre ha sido y probablemente siempre habrá controversia sobre vacunaciones. De hecho, **Benjamin Franklin** persuadido por su hermano se oponía a la vacuna viruela hasta que los datos científicos lo convencieron de lo contrario. Trágicamente se había retrasado inoculando a su hijo **Franky** que se contactó con la viruela y murió a la edad de 4 años. Dejando a Ben con una culpa de vida y remordimiento. Citando SR. Franklin Autobiografía:

“ En 1736, yo perdí uno de mis hijos un niño, saludable de cuatro años al la viruela. Anhelé y me arrepentí amargamente y todavía lamento no haberle dado a él por inoculación. Esto he mencionado por el bien de los padres que se omita esa operación, nunca se perdonaría si un niño moriría bajo de ella mi ejemplo mostreado que el pesar puede ser el mismo de cualquier manera y que por lo tanto la seguridad debe ser elegida.

La campaña de vacunación es realmente una víctima de su propio éxito. Es precisamente por que las vacunas son tan efectivas en la prevención de enfermedades que estamos aun discutiendo si o no se les debe dar. Gracias a las vacunas muchos de ustedes nunca han visto a un niño con poliomielitis (polio) el tétanos (tetanus) o la tos ferina, ni la meningitis bacteriana o incluso la varicela o conocido un amigo o familiar cual un hijo a muerto de una de estas enfermedades. Tal éxito puede hacernos complacientes o incluso perezosos sobre vacunación. Pero tal actitud si se convierte en creencia solo puede conducir a resultados trágicos.

Después de publicaciones de una acusación infundada (después retirada) que la vacuna (MMR) de sarampión causó autismo en 1998, mucha gente en Europa eligió no tomar la vacuna a sus hijos. Como resultado de sus actos bajo la inmunización había una gran erupción

de sarampión con varias muertes por complicaciones de la enfermedad. En 2010 había más de 3,000 casos de la tos ferina en California con nueve muertes de niños menos de seis meses de edad. De nuevo, muchos de aquellos que no contactados la enfermedad (y luego lo pasan a los bebés que eran demasiado jóvenes para haber sido totalmente vacunados.) habían tomado una decisión consciente de no vacunarse. Además, por no vacunar a sus niños están tomando una decisión egoísta en contra de la ventaja de miles de personas que hacen vacunar a sus hijos, lo que disminuye la probabilidad de que sus hijos se contacten con estas enfermedades.

Estamos avisando de estos hechos no para asustarle o coaccionar, pero para enfatizar en la importancia de la vacunación a sus hijos. Reconocemos que la elección puede ser muy emocional para los padres. Haremos todo lo posible para convencerlo de que la vacunación de acuerdo en el programa es lo que hay que hacer. Sin embargo sin un caso de tener duda, por favor de discutir con su médico de salud antes de su visita médica. En muchos casos podemos alterar el horario para dar cabida a las preocupaciones o reservas de los padres. Por favor tenga en cuenta sin embargo que dilatar o romper las vacunas para dar uno o dos a la vez o más visitas va en contra de recomendaciones de los expertos y pone a su hijo en riesgo de enfermedades graves (o hasta la muerte) y en contra de nuestros consejos médicos como proveedor en **The Pediatric Clinic P.A.** Estas visitas adicionales se requieren copagos adicionales de su parte. Por favor darse cuenta que es requisito “firmar una denegación” de reconocimiento vacunar en caso de largas demoras. Todos los pacientes en la práctica son obligatorios un mínimo de DTAP (difteria, tétanos, tos ferina) Hib (Haemophilus influenzae tipo B) Polio vacunas contra el neumococo a tres meses de edad todas las vacunas recomendadas por AAP (**American Academy of Pediatrics**) para la edad de dos años y la vacuna meningocócica (meningocócica) y dosis de refuerzo (DTAP) y varicela para la edad de doce años.

Finalmente, si usted absolutamente decide rechazar vacunar a su hijo a pesar de todo nuestros esfuerzos, se le pedirá encontrar a otro proveedor médico que comparta sus puntos. Nosotros no proporcionamos una lista de proveedores, o recomendamos cualquier médico. Por favor de reconocer que por no vacunar está poniendo a su hijo en riesgo de enfermedad y discapacidad en peligro e incluso muerte.

Como médicos profesionales creemos firmemente que vacunando a niños en la fecha prevista con las vacunas actualmente al es absolutamente lo más correcto para niños y jóvenes. Gracias por su tiempo en leer la política y por favor siéntase libre de preguntar preguntas o preocupaciones que puede tener sobre vacunaciones.

---

**Firma**

**Fecha**





## Pediatric Clinic, P.A.

### Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Notice

Este aviso describe como información medica tocante usted podrá ser usada y revelada y como usted puede obtener acceso a esta información. Favor de revisarla cuidadosamente.

#### Noticia de Practicas Privadas

Esta practica utiliza y revela información de salud tocante de usted para tratamiento, para obtener pago para tratamiento, para causas administrativas, y para evaluar la calidad de tratamiento que usted recibe.

Este aviso describe nuestras practicas privadas. Podremos cambiar nuestras pólizas y este aviso a cualquier hora, y aplicar esas pólizas revisadas a toda la información protegida de sanidad cual mantenemos. Si acaso, o cuando cambiaríamos nuestro aviso, situaremos el aviso nuevo en nuestra oficina donde se podrá ver. Ud. puede solicitar una copia de papel de este aviso, o cualquier aviso modificado, a cualquier hora, (aunque usted nos haya dado el derecho de comunicarnos con usted electrónicamente). Para mas información tocante este aviso, o tocante nuestras pólizas y practicas, favor de comunicase con la persona mencionada abajo.

#### Tratamiento, Pago, Operaciones de Cuidado Medico

##### Tratamiento

Somos permitidos a usar y divulgar su información medica a todos involucrados bajo su tratamiento. Por ejemplo, su cuidado podrá requerir el involucramiento de un especialista. Cuando le referimos a ese medico, compartiremos alguna o toda su información medica con ese medico / medica para facilitar el entrego de cuidado.

##### Pago

Somos permitidos a usar y divulgar su información medica para cobrar y coleccionar pago por los servicios dirigidos a usted. Por ejemplo, podremos completar un forma de reclamo para conseguir pago de su asegurador o HMO. Esa forma contenerla (contiene?) información medica, asi como una descripción de el servicio medico proporcionado a usted, el cual su asegurador o HMO necesita aprobar el pago a nosotros.

##### Operaciones de Cuidado de Médico

Somos permitidos a utilizar o divulgar su información medica para las intenciones de operaciones de cuidado de médico, cuales son actividades que soportan esta practica y aseguran

que cuidado de calidad se entregue. Por ejemplo puede ser que nosotros requieramos los servicios de un profesional para ayudar la clinica pediatria a conseguir la calidad de servicio. Esta persona revisara cuentas de cobros y expedients medicos para asegurar que nosotros obedezcamos con los reglamentos y la ley.

#### Declaraciones que se pueden realizar sin autorización escrita o una oportunidad de refutar

Hay algunas situaciones en cuales somos permitidos a divulgar o utilizar su información medica sin su autorización escrita o sin oportunidad de refutar. En otras situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de divulgar o utilizar alguna identificación de información de salud tocante usted. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, después podrá revocar aquella autorización por escrito, para detener usos y declaraciones futuras. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicara a declaraciones o usos ya hechos en esa autorización.

#### Salud Publica, Abuso o Descuido y Supervision Medica

Podemos divulgar su información medica para actividades publicas de salud. Actividades de salud publicas son encargadas por gobierno federal, estatal o gobierno local para la coleccion de información tocante enfermedades, estadísticas esenciales (nacimientos o mortalidades) o daño por una autoridad de salud publica. Podemos divulgar su información medica, para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos, o notificar a la gente acerca de revocaciones de productos cuales estén usando.

Porque la ley de Texas requiere médicos/ medicas que reporten el abuso o descuido de niños, podemos revelar información medica a una agencia publica autorizada a recibir reportes de abuso o descuido de niños. La ley de Texas también requiere cualquier persona que sospeche que algún anciano o incapacitado este bajo el abuso o descuido, o explotación, reportar la información a el estado y las regulaciones privadas de HIPAA permiten la

divulgamiento de información para reportar el abuso o descuido de ancianos o incapacitados.

Podemos divulgar su información medica a una agencia de omisión de salud para aquellas actividades autorizadas por la ley. Muestras de estas actividades son revisiones, investigaciones, aplicaciones de licencia, y inspecciones, todas cuales son actividades del gobierno dirigidas para verificar el sistema de entrego sobre el cuidado de salud, y rendimiento con otras leyes, así como las leyes de derechos civiles.

#### **Procedimientos Legales y Ejecución de la Ley.**

Podemos divulgar su información medica en el curso de procedimientos judiciales y administración en respuesta a una orden de la corte (o el encargado de decisiones administrativas) o otro proceso legal apropiado. Ciertos requerimientos deben ser cumplidos antes que la información sea divulgada.

Si somos preguntados por un oficial de ejecución legal, podemos revelar su información medica bajo circunstancias limitadas cuales son proporcionadas:

- La información es divulgada por consecuencia a proceso legal, así como una escritura o citación;
- La información pertenece a una victima de crimen y usted es incapacitado;
- La información pertenece a una persona que ha fallecido bajos circunstancias que sean relacionadas a conducto criminal;
- La información es tocante una victima de crimen y no podemos conseguir la conformidad de la persona;
- La información es divulgada por el caso que un crimen has sucedido en este solar (local?); o
- La información es divulgada para localizar un fugitivo, persona extraviada, o persona sospechada.

Podemos también divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o reducir el amenaza inminente a la salud o seguridad de un persona.

#### **Compensación de trabajadores**

Podemos divulgar su información medica así como es requerida por la ley de compensación de trabajadores.

#### **Habitadores de Prisión**

Si usted es un habitador de prisión, o bajo la custodia de la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la institución correccional o a un oficial de la ley. Este descargoes permitido a conceder la institución que le proporcione cuidado medico, para proteger su salud y la salud de otros, o la seguridad de la institución.

#### **Militara, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, Protección del Presidente**

Podemos divulgar su información medica para funciones especializadas del gobierno así como separación o absolución del servicio militar, solicitudes necesarias por oficiales comandantes apropiados de la militar (sí usted se encuentra en la militar.), servicios de inteligencias y seguridad nacional autorizados, así como las actividades autorizadas para la provisión de servicios protectorios para el presidente de Los Estados Unidos, otros oficiales autorizados del gobierno, y encargados del estado del extranjero.

#### **Escudriñamiento, Donación de Órganos, Coronares, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales**

Cuando un proyecto de escudriñamiento y sus protecciones privadas han sido aprobadas por un junta institucional de revista, o junta de privado, podemos divulgar información medica a investigadores para causas de escudriñamiento. Podemos divulgar información medica a organizaciones de obtenciones de órganos, para la causa de facilitar un órgano, ojo, o donación de elementos anatómicos si usted es un donador.

También, podemos revelar su información medica a un examinador medico para identificar una persona fallecida o la causa de muerte. Además, podemos revelar su información medica a un director de funerales cuando esta divulgación es necesaria para que el director pueda cumplir con sus obligaciones.

#### **Exigido por Ley**

Podemos revelar su información medica cuando la divulgación es exigida por ley.

#### **Derechos Individuales Bajo las Regulaciones Federales**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos ha creado regulaciones intentadas a proteger el aislamiento del paciente así como requerido por HIPAA. Esos reglamentos producen varios privilegios cuales los pacientes pueden utilizar. No talionaremos contra pacientes quienes utilicen sus derechos de HIPAA.

#### **Restricciones Solicitadas**

Usted puede solicitar que limitemos como su información protegida de salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. NO tenemos que convenir a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud con excepción de circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, entregue lo siguiente por escrito: (a) la información bajo restricción, (b) que tipo de restricción solicita ( por ejemplo, en el uso de información, divulgación de información, o ambos,) y (c) a quienes se le aplican las restricciones. Favor de mandar la solicitud a la persona nombrada abajo.

También puede solicitar que limitemos divulgación a miembros de familia, otros parientes, o amigos personales cuales sean o no sean involucrados en su cuidado.

#### **Recibiendo Comunicaciones Confidenciales por Métodos Alternativos**

Puede solicitar que enviemos comunicaciones de información de salud protegida por métodos alternativos o a un local alternativo. Esta solicitud debe ser por escrita a la persona nombrada abajo. Somos requerido a proveer solamente solicitudes *razonables*. Favor de especificar en su correspondencia exactamente como gusta que nos comuniquemos con usted, y si dirige a mandarlo a un lugar particular, favor de proporcionar la información de contacto.

### **Inspección y Copias de Información de Salud Protegida**

Puede examinar y/ o copiar información de salud que se encuentra dentro de los archivos designados cual es información que se utiliza para tomar decisiones tocante su salud. La ley de Texas requiere que solicitudes de copias sean hechas por escrito, y pedimos que solicitudes para inspección de su información de salud, también sean por escrito. Favor de mandar su solicitud a la persona nombrada abajo.

Podemos pedir que un narrativo de esa información sea proporcionado en vez de copias. Sin Embargo, si usted no esta de acuerdo con nuestra solicitud, le proporcionaremos copias.

Podemos negarnos a proporcionar alguna de la información que usted pide a examinar o que sea copiada. Podemos negarnos a proporcionar acceso a copias de alguna de la información por las siguientes razones:

- Si la información son notas de psicoterapia.
- Si la información divulga la identificación de alguna persona quien proporcione información bajo la promesa de secreto.
- Si la información es sujeta a Las Reformaciones de 1988 de Mejoramiento de Laboratorio Clínico
- Si la información ha sido juntada en anticipo de litigio.

Podemos negar proporcionar acceso a, o copias de alguna información por otras razones, bajo la condición que arreglemos un examen de su decisión tocante su solicitud. Este examen será hecho por otro proporcionado licenciado de cuidado de salud, quien no ha sido involucrado en cualquier decisión hecha anteriormente para negar acceso. La ley de Texas nos requiere que estemos listos para proporcionar copias o narrativo dentro de 15 días de su solicitud. Lo informaremos cuando los archivos estén listos o si creemos que acceso sea limitado. Si le negamos acceso, le informaremos por escrito. HIPAA nos permite cobrar una recompensa razonable de costo.

### **Reformación De Información Medica**

Usted puede pedir una reformación de su información medica en el archivo designado.

Cualquier solicitud debe ser por escrito a la persona mencionada abajo. Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar una reformación por las razones siguientes:

- Si la información no fue creada por esta practica o los médicos en esta practica.
- Si la información no es parte de el archivo designado.
- Si la información no es disponible para inspección a causa de una denegación apropiada.
- Si la información esta completa y correcta.

Aunque le neguemos una reformación, usted es permitido a incluir una declaración de paciente tocante la información

aplicable en su archivo medico. Si le neguemos una reformación, le notificaremos por escrito.

Si le aprobamos la reformación, le notificaremos por escrito, admitiremos que se lleve a cabo, y le notificaremos a otros que hemos conseguido la información correcta.

### **Derecho a Obtener un Listado de Divulgaciones**

Las regulaciones de aislamiento de HIPAA le permiten a usted que solicite, a nosotros que le proporcionemos un listado de divulgaciones que son para otras causas además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o hechas por una autorización firmada por usted o su representativo. Favor de enviar cualquier solicitud de responsabilidad a la persona nombrada abajo. Su primer listo de divulgaciones(dentro de un periodo de 12 meses) será gratis. Para solicitudes adicionales, dentro de ese periodo, somos permitidos de cobrar por el costo de proporcionar la lista.

Si hay algún cargo, le notificaremos, y puede elegir a remover o modificar su solicitud antes de incurrir costos.

### **Recuerdos de Sitas, Tratamientos Alternativos, y Otros Beneficios Relacionados a la Salud**

Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo, o ambos para proporcionar recuerdos de sitas, información tocante métodos alternativos de tratamiento, y otros beneficios relacionados a la salud, y servicios que puedan servir de interés a usted.

### **Quejas**

Si usted se siente apesgado que sus derechos de aislamiento han sido violados, puede comunicarse con la persona mencionada abajo. Además, puede enviar una queja por escrito a el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. No talionaremos contra usted por haber archivado una queja con nosotros o con el gobierno.

### **Nuestra Promesa a Usted**

Somos obligados por ley y regulación de proteger el aislamiento de su información medica, de proporcionale con este aviso de nuestras practicas de aislamiento con respeto a la información de salud protegida, y de sostener los artículos del aviso de las practicas de aislamiento en efecto.

### **Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes**

Si usted tiene alguna pregunta, o si desea hacer una solicitud relacionada a los derechos definidos arriba, favor de comunicarse con:

Suzan Colvin  
2001 North Jefferson, Suite 300  
Mount Pleasant, Texas 75455  
Telephono: (903) 572-9823 ext 2021  
Fax: (903) 572-4812

**Este aviso es efectivo Abril 1, 2003. Y se queda en efecto hasta que sea remplazado por otro aviso.**