



Nombre del paciente (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. principal de tel. de contacto: _____ No. de tel. alternativo: _____ SS#: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masc. Femenino No. de seguro social (opcional): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Ocupación: _____

Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nac. del cónyuge: ____/____/____ No. principal de tel. de contacto: _____ No. de tel. alternativo: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ No. de teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ No. de teléfono: _____

Médico que refiere: _____ No. de teléfono: _____

¿Con cuál de las siguientes categorías étnicas se identifica más el paciente?

- Afroamericano Asiático Caucásico Hispano
- Americano nativo Hawaiano nativo Nativo de la Polinesia Otra: _____ (Favor de especificar)

Étnia: ¿Cuál es la étnia del paciente? Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Cuál es el idioma de preferencia del paciente? Inglés Español Otro: _____ (Favor de especificar)

***** **INFORMACIÓN DE SEGURO** *****

Seguro principal: _____ No de Póliza / No. de ID _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac.: ____/____/____ No de grupo / cuenta: _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. de teléfono del trabajo: _____

Seguro secundario: _____ No de Póliza / No. de ID: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac.: ____/____/____ No de grupo / cuenta: _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. de teléfono del trabajo: _____

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: _____

 _____ / _____ / _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

 ¿A quién debemos agradecer por referirle a UPNT? Yo Amigo Doctor: _____

Doctor de atención primaria : _____ Urólogo anterior : _____

MOTIVO DE LA VISITA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PSA elevado | <input type="checkbox"/> Antec. de cáncer de riñon | Sangre en orina: <input type="checkbox"/> Visible <input type="checkbox"/> Invisible |
| <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil | <input type="checkbox"/> Infecc. de vías urinarias | <input type="checkbox"/> BPH o síntomas de evacuación masculina o |
| <input type="checkbox"/> Anteced. de cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Infertilidad | Incontinencia o síntomas de evacuación femenina |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Antec. de cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal o en los costados | |

¿Cuándo fue la fecha aproximada en que los síntomas comenzaron o que usted notó el problema por primera vez?

 Fecha: _____ o hace _____ días semanas meses años

Describe cualquier tratamiento anterior (medicinas, cirugías, etc.) previo a esta visita para este problema: _____

ALERGIAS

 (Incluya medicinas, alimentos, y/o rayos X, tintes, etc.) o NINGUNA CONOCIDA

Nombre del alérgeno	Tipo de reacción
1	
2	
3	

MEDICAMENTOS ACTUALES

 (Incluya medicinas, medicinas sin recetas, y productos herbales. Adjunto hoja adicional si es necesario) o NINGUNA

Nombre del Medicamento	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia toma el medicamento?	¿Motivo para tomar el medicamento?	Médico que lo receta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Iniciales del Paciente : _____

FARMACIA (Indique las farmacias más frecuentemente usadas para surtir sus recetas)

Nombre: _____ No. de teléfono : _____ No. de fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado / Código postal: _____

CONDICIONES MEDICAS (Incluya condiciones médicas pasadas y actuales, marque la casilla correspondiente)

Condición	SI	Resuelta	Fecha Inicio	Especialista MD (si aplica)
Asma				
Problemas de sangrado				
Cáncer de cualquier órgano (favor de especificar)				
Insuficiencia Cardíaca Congestiva				
Diabetes				
Colesterol elevado				
Enfisema, COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o problemas de los pulmones				
Glaucoma				
Ataque al corazón (infarto)				
Presión sanguínea alta (hipertensión)				
VIH/SIDA				
Latidos irregulares del corazón				
Enfermedad renal (insuficiencia renal)				
Cálculos renales				
Enfermedad hepática (hepatitis B o C)				
Trastorno psicológico o psiquiátrico				
Convulsiones				
Derrame cerebral o ataque isquémico temporal				
Enfermedad de la tiroides				
Úlceras del estómago o del intestino				

¿Ha usted padecido de alguna otra condición médica que no se haya mencionado arriba? En caso de que sí, favor de especificar: _____

CIRUGÍAS PREVIAS (Incluya todas las cirugías en su vida. Adjunte hoja adicional si lo necesita) ó NINGUNA

Tipo de cirugía	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad (si se conoce)
1		
2		
3		
4		
5		



**UROLOGY
PARTNERS**
HISTORIAL DE ENFERMEDAD ACTUAL

Iniciales del Paciente : _____

OTRAS HOSPITALIZACIONES (Incluya toda hospitalización no quirúrgica) o NINGUNA

Motivos de la Hospitalización	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad si se conoce
1		
2		
3		
4		

ANTECEDENTES FAMILIARES

En su familia, existen antecedentes de:	No	Si	Pariente afectado (s)
Diabetes			
Infarto cardíaco			
Cancer del riñon			
Cálculos renales			
Cáncer de próstata			
Otra enfermedad importante			

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL

¿Ha sido diagnosticado con alcoholismo? Sí No
 ¿Usted consume alcohol regularmente? Sí, actualmente Nunca o raramente
 En caso de que sí, aproximadamente cuántas bebidas por semana (cerveza, vino o licor) _____

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS

¿Ha utilizado drogas intravenosas alguna vez? Sí No

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE TABACO

¿Usted fuma cigarros actualmente? Sí No
 ¿Alguna vez fue fumador de cigarros? Sí No
 * Si: Fumé en promedio _____ cajetillas al día durante _____ años. Dejó de fumar en ____ (año)
 ¿Consumo usted otros productos de tabaco? Sí No
 * Si: Favor de especificar: _____

NUTRICIÓN Y EJERCICIO

¿Sigue usted una dieta especial? Sí No En caso de que sí, favor de explicar: _____
 ¿Hace usted ejercicio regularmente? Sí No En caso de que sí, cuántas veces por semana: _____
 ¿Qué tipo de ejercicio realiza con más frecuencia? _____

EVALUACIÓN DEL DOLOR

¿Tiene usted dolor? Sí No En caso de que sí, ¿dónde tiene el dolor? _____
 En caso de que sí, favor de indicar el nivel promedio de dolor en una escala del 0 (sin dolor) al 10 (dolor agonizante): _____

ANTECEDENTES SOCIALES

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Ocupación (si es jubilado, ocupación previa): _____



UROLOGY PARTNERS

HISTORIAL DE ENFERMEDAD ACTUAL

Iniciales del Paciente : _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

(Síntomas actuales o recientes)

Generales

- Fiebre Sí No
 Escalofríos Sí No
 Aumento de peso de > 10 lbs. Sí No
 Pérdida de peso de < 10 lbs. Sí No

Oídos/Nariz/Garganta/Boca

- Pérdida del oído Sí No
 Dificultad al tragar Sí No
 Sangrados de nariz [Epistaxis] Sí No
 Ronquera Sí No

Respiratorio (pulmones)

- Sibilancias Sí No
 Tos frecuente Sí No
 Falta de aire Sí No
 Tos con sangre Sí No

Cardiovascular

- Dolor, presión en el pecho Sí No
 Palpitaciones Sí No
 Dolor de pantorrilla con ejercicio Sí No
 Falta de aire Sí No
 Hinchazón de pies y tobillos Sí No

Gastrointestinal

- Dolor abdominal Sí No
 Náusea y vómito Sí No
 Diarrea Sí No
 Estreñimiento Sí No
 Sangre en las heces Sí No

Genitourinario (urinario y genital)

(Completar solo si no es el motivo de su visita)

- Dolor al orinar Sí No
 Micción frecuente Sí No
 Micción urgente Sí No
 Sangre en la orina Sí No
 Flujo débil de orina Sí No
 Esfuerzo al orinar Sí No
 Flujo de orina interrumpido Sí No
 Incontinencia Sí No
 Vacío Incompleto Sí No
 Disfunción eréctil Sí No

Hematológico/Linfático

- Glándulas linfáticas hinchadas Sí No
 Tendencia de sangrado Sí No

Hormonal (glándulas internas)

- Sed excesiva Sí No
 Intolerancia al frío o calor Sí No
 Fatiga excesiva Sí No
 Enfermedad de la tiroides Sí No

Vacunas

¿Recibió usted una vacuna contra la influenza el año pasado?

Sí No Fecha aprox.: _____

¿Alguna vez recibió usted una vacuna contra la neumonía?

Sí No Fecha aprox.: _____

Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones Sí No
 Dolor de cuello Sí No
 Dolor de espalda Sí No
 Debilidad muscular Sí No

Problemas de la piel

- Erupción no explicada Sí No
 Furúnculos frecuentes Sí No

Neurológico (sistema nervioso)

- Convulsiones Sí No
 Mareo Sí No
 Entumecimiento en las piernas Sí No
 Caídas frecuentes Sí No

Psicológico

- Depresión Sí No
 Ansiedad severa Sí No

Ojos

- Visión borrosa Sí No
 Visión doble Sí No
 Antecedentes de glaucoma Sí No
 Cataratas sin tratamiento Sí No
 Enfermedad de la retina Sí No

Altura (pulgadas) _____

Peso (libras) _____

 Firma del paciente



NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PROVEEDOR

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED PODRÁ SER UTILIZADA Y COMPARTIDA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA DETALLADAMENTE.

Urology Partners of North Texas, PLLC debe mantener la privacidad de su información personal de salud y entregarle esta notificación que describe nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con su información personal de salud. Nosotros debemos cumplir con las prácticas de privacidad descritas en esta notificación. En caso de que tenga cualquier duda o preocupación acerca de esta notificación, favor de contactar a nuestro Oficial de Privacidad.

Nuestras obligaciones

Nosotros estamos obligados por ley a:

- Mantener la confidencialidad de su información protegida de salud.
- Entregarle a usted esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.
- Seguir los términos de nuestra notificación que está actualmente en vigor.

Cómo podemos utilizar y compartir información de salud

A continuación se describen las maneras en las que podemos utilizar y compartir información de salud que le identifique (“Información de Salud”). Excepto para los fines descritos a continuación, nosotros usaremos y compartiremos Información de Salud únicamente con su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento dirigiéndose por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Para Tratamiento. Nosotros podemos utilizar y compartir Información de Salud para su tratamiento y para brindarle servicios del cuidado de la salud relacionados con su tratamiento. Por ejemplo, nosotros podemos compartir Información de Salud con doctores, enfermeras, técnicos y demás personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina, quienes estén involucrados en su cuidado médico y necesitan la información para brindarle cuidados médicos a usted. Nosotros también podemos utilizar su información de salud para obtener información sobre el historial de prescripciones en tiempo real.

Para pagos. Nosotros podemos utilizar y compartir Información de Salud para que nosotros u otros puedan cobrarle y recibir pagos de usted, de una compañía de seguros o de un tercero para el tratamiento y los servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, nosotros podemos compartir su información del plan de seguro médico para que la compañía de seguros pueda pagar por su tratamiento.

Para operaciones del cuidado de la salud. Nosotros podemos utilizar y compartir Información de Salud para incluir tanto información demográfica como información clínica para fines de operaciones del cuidado de salud tanto externas como internas. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurar que todos nuestros pacientes reciben un cuidado de la salud de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar y compartir Información de Salud para asegurar que el cuidado obstétrico o ginecológico

que usted recibe es de la más alta calidad. Nosotros también compartimos información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de seguro médico) para sus actividades del cuidado de la salud.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Nosotros podemos utilizar y compartir Información de Salud para contactarle y recordarle que usted tiene una cita con nosotros. Nosotros también podemos utilizar y compartir Información de Salud para informarle acerca de opciones de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

Personas involucradas en su tratamiento o en los pagos por su tratamiento. Cuando sea apropiado, nosotros podemos compartir Información de Salud con una persona que esté involucrada en su cuidado médico o en los pagos por su cuidado médico, como por ejemplo, sus familiares o un amigo cercano. Nosotros también podemos notificar a su familia acerca de su ubicación o de su condición en general y también podemos divulgar dicha información a una organización que esté brindando asistencia tras un desastre natural.

Situaciones especiales

Como lo requiera la ley. Nosotros divulgaremos Información de Salud cuando estemos obligados a hacerlo de acuerdo con las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para mitigar una amenaza seria a la salud o a la seguridad. Nosotros podemos utilizar y compartir Información de Salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, dichas divulgaciones solo podrán hacerse a alguien que pueda ayudar a prevenir dicha amenaza.

Socios de negocios. Nosotros podemos compartir Información de Salud con nuestros socios de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o que nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar otra empresa para que lleve a cabo los servicios de cobranza en nuestro nombre. Todos nuestros socios de negocios están obligados a proteger la confidencialidad de su información y no tienen permitido utilizar o divulgar ninguna información más allá de lo que se especifica en nuestro contrato.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donador de órganos, nosotros podemos utilizar o compartir Información de Salud a organizaciones que se encargan de la adquisición, almacenaje o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Fuerzas armadas y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos divulgar Información de Salud de la manera que lo requieran las autoridades militares. Nosotros también podemos divulgar Información de Salud a las autoridades militares correspondientes si usted es miembro de un comando militar extranjero.

Compensación laboral (Worker's Compensation). Nosotros podemos compartir Información de Salud para programas de compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Nosotros podemos divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones de información para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos o muertes; reportar casos de abuso o negligencia a menores; reportar reacciones a medicamentos o problemas relacionados con productos; notificar a las personas del retiro

del mercado de productos que pudieran estar utilizando; reportar a una persona que pudiera haber estado expuesto a una enfermedad o que pudiera estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición; y las autoridades de gobierno apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros únicamente realizaremos estas divulgaciones si usted está de acuerdo o si lo requiere o autoriza la ley.

Actividades de monitoreo de salud. Nosotros podemos divulgar Información de Salud a una agencia de monitoreo de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de monitoreo incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y matriculación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema del cuidado de la salud, programas gubernamentales y asegurar cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Fines de notificación de infracción de datos. Nosotros podemos utilizar y compartir su Información Protegida de Salud para dar notificaciones legalmente requeridas de acceso no autorizado a o divulgación indebida de su información de salud.

Demandas y disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podremos divulgar información de salud en respuesta a un decreto judicial o administrativo. Nosotros también podremos divulgar información de salud en respuesta a un citatorio, solicitud de documentos u otros fines legales por otra parte involucrada en la demanda, más únicamente si se han realizado esfuerzos razonables para informarle de la solicitud o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

Cumplimiento de la Ley. Nosotros podemos divulgar Información de Salud si nos lo solicita un oficial de policía si la información es: (1) en respuesta a un decreto judicial, citatorio, orden judicial o citación o proceso similar; (2) información limitada para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un crimen aun cuando, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no nos es posible obtener el consentimiento de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede haber sido causada por conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia, para reportar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, médicos legistas y directores de funerarias. Nosotros podemos divulgar Información de Salud a un médico legista o médico forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Nosotros también podremos divulgar Información de Salud a directores de funerarias de la manera que sea necesario para desempeñar sus funciones.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia. Nosotros podemos divulgar Información de Salud a oficiales federales autorizados para fines de inteligencia, contraespionaje y demás actividades de seguridad nacional de manera que sean autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Nosotros podemos divulgar Información de Salud a oficiales federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de gobiernos extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

Presos o personas bajo arresto. Si usted se encuentra preso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la policía, nosotros podemos divulgar Información de Salud a la institución correccional o al oficial de la policía. Esta divulgación ocurriría si fuera necesaria: (1) para que la institución le brinde cuidados de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad de la institución correccional.

Usos y divulgaciones que requieren que nosotros le demos la oportunidad de oponerse y excluirse voluntariamente.

Personas involucradas en su tratamiento o en el pago por su tratamiento. A menos que usted se oponga, nosotros podremos compartir su información protegida de salud a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre y cuando dicha información se relacione directamente con la participación de esa persona en su cuidado de la salud. Si usted no es capaz de dar su consentimiento u oponerse a dicha divulgación, nosotros podremos divulgar dicha información de la manera que sea necesaria si determinamos que es en su mejor interés en base a nuestra opinión profesional.

Ayuda a damnificados de un desastre. Nosotros podremos divulgar su información protegida de salud a organizaciones de ayuda a damnificados de un desastre que solicitan su información protegida de salud para coordinar su tratamiento, para notificar a familiares y amigos acerca de su paradero o de su condición tras un desastre. Nosotros le brindaremos la oportunidad de dar su consentimiento o de oponerse a dicha divulgación siempre y cuando resulte práctico hacerlo.

Se requiere su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud únicamente se realizarán con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de Información Protegida de Salud para fines de marketing; y
2. Divulgaciones que constituyan una venta de su Información Protegida de Salud

Otros usos y divulgaciones de Información Protegida de Salud que no estén cubiertos por esta Notificación o por las leyes que aplican a nosotros únicamente se realizarán con su autorización por escrito. Si usted nos da su autorización, usted podrá revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad, y nosotros ya no divulgaremos su Información Protegida de Salud bajo la autorización. Cualquier divulgación que nosotros hayamos hecho en base a su autorización antes de que usted la haya revocado no será afectada por dicha revocación.

Sus derechos

Derecho de revisar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información de Salud que podría ser utilizada para tomar decisiones acerca de su tratamiento o del pago por su tratamiento. Esto incluye registros médicos y de facturación, excluyendo las notas de psicoterapia. Para revisar y copiar esta Información de Salud usted debe presentar una solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad. Nosotros tenemos hasta 30 días para poner su Información Protegida de Salud a su disposición y nosotros podremos cobrarle una tarifa administrativa razonable para cubrir los costos de copiado, envíos por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Nosotros no podremos cobrarle una tarifa administrativa si usted necesita esta información para una reclamación de beneficios bajo la Ley del Seguro Social o cualquier otro programa estatal o federal de beneficios en base a necesidad. Nosotros podemos rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas. En caso de que rechacemos su solicitud, usted tiene el derecho de que un profesional del cuidado de la salud autorizado que no haya estado directamente involucrado en el rechazo de su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de dicha revisión.

Derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos. Si su información protegida de salud se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro electrónico médico o registro electrónico de

salud), usted tiene el derecho de solicitar que una copia electrónica de registro le sea entregado a usted o transmitido a otra persona o entidad. Nosotros haremos todo esfuerzo posible para brindarle acceso a su Información Protegida de Salud en la forma o en el formato que usted solicite, si es fácilmente reproducible en dicha forma o formato. En caso de que su Información Protegida de Salud no sea fácilmente reproducible en la forma o formato que usted solicita, se le entregará su registro o bien en nuestro formato electrónico estándar o en una copia impresa si usted lo prefiere. Es posible que le cobremos una tarifa administrativa razonable para compensar por la labor necesaria para transmitir su registro médico electrónico.

Derecho a recibir notificación de una infracción. Usted tiene el derecho de ser notificado en caso de que ocurra un acceso no autorizado o infracción en relación con su información protegida de salud no asegurada.

Derecho a corregir. Si usted cree que la Información de Salud que tenemos es incompleta o incorrecta, usted puede solicitar que corriamos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una corrección durante el tiempo que la información sea guardada en o para nuestra oficina. Para solicitar una corrección, usted deberá presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a una lista detallada de las divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de Información de Salud para fines diferentes al tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud o para aquellas que usted haya brindado autorización por escrito. Para solicitar una lista detallada de las divulgaciones, usted deberá presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones o limitaciones sobre la Información de Salud que nosotros usamos o divulgamos para fines de tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la Información de Salud que nosotros divulgamos a alguien involucrado en su tratamiento o con el pago de su tratamiento, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que nosotros no compartamos información acerca de un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted deberá presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Nosotros no estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que usted nos esté pidiendo que limitemos el uso y divulgación de su Información Protegida de Salud a un plan de seguro médico para fines de pago o de operaciones del cuidado de la salud y la información que usted desea limitar está relacionada únicamente con un artículo o servicio del cuidado de la salud para el cual usted nos ha pagado completamente “de su bolsillo”. Si nosotros aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que dicha información sea necesaria para brindarle a usted tratamiento de emergencia.

Pagos de su bolsillo. Si usted pagó de su bolsillo (es decir, usted ha solicitado que no le cobremos a su seguro médico) en su totalidad por un artículo o servicio en particular, usted tiene el derecho de solicitar que su Información Protegida de Salud con respecto a dicho artículo o servicio no sea divulgada a un seguro médico para fines de pagos o de operaciones del cuidado de la salud, y nosotros cumpliremos con su solicitud.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted en relación con asuntos médicos de cierta manera o en un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros únicamente le contactemos por correo o en su trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted deberá enviar su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad. Su solicitud deberá especificar cómo y donde usted desea ser contactado. Nosotros acomodaremos todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de esta notificación. Usted nos puede pedir que le demos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aun

cuando usted haya acordado recibir esta notificación electrónica, usted aún tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Usted puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web. Para obtener una copia impresa de esta notificación, usted deberá presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Divulgación de la propiedad

Como paciente de Urology Partners of North Texas, PLLC, su médico está obligado a informarle que Baylor Surgical Hospital at Las Colinas es en parte propiedad de médicos y cumple con la definición federal de un "hospital propiedad de un médico" como se especifica en 42 CFR 489.3. Su médico es uno de los médicos propietarios del Hospital Quirúrgico Baylor en Las Colinas. Usted tiene derecho a elegir el proveedor de sus servicios de atención médica. Por lo tanto, usted tiene la opción de utilizar un centro de atención médica alternativo que no sea Baylor Surgical Hospital en Las Colinas. Su médico no le tratará de manera diferente si decide utilizar un centro de salud alternativo. Si lo desea, su médico puede proporcionarle información sobre centros de atención médica alternativos. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en este Aviso a los Pacientes, no dude en preguntar a su médico. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

Cambios a esta notificación

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación y hacer que la nueva notificación sea aplicable a la Información de Salud que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Nosotros publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestra oficina.

Quejas

Usted no será penalizado por presentar una queja. Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra oficina, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Todas las quejas deberán presentarse por escrito.



HIPAA

(Health Insurance Portability and Accountability Act [Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico])

Yo autorizo a Urology Partners of North Texas, PLLC, a sus asignados y terceros agentes de recolección para que utilicen la información de contacto que yo he compartido para comunicarse conmigo y para hacer llamadas telefónicas a mi hogar / teléfono móvil / teléfono de trabajo, dejar mensajes de voz o mensajes de texto y utilizar mensajes pre-grabados / artificiales / de voz y/o de texto así como dispositivos de marcación automática en relación con cualquier comunicación conmigo. Además, yo autorizo para que puedan dialogar sobre ms necesidades médicas o las necesidades médicas del paciente con las siguientes personas:

Nombre	Fecha de Nacimiento (para identificación)	Relación	Teléfono

No. de teléfono principal: _____

- Dejar mensaje únicamente con No. de contacto
- Dejar mensaje con información detallada
- No dejar mensaje.

No. de teléfono secundario: _____

- Dejar mensaje únicamente con No. de contacto
- Dejar mensaje con información detallada
- No dejar mensaje.

Firma del paciente / fiador

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente



Política Financiera

La siguiente información se incluye para evitar cualquier mal entendimiento con respecto al pago por servicios profesionales. Todos los servicios profesionales brindados se le cobran al paciente. Cuando el paciente nos proporcione los datos completos de su seguro, nosotros presentaremos la reclamación al seguro por usted. Sin embargo, el paciente es responsable por todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro. Es de costumbre que se realice el pago por los servicios al momento que estos le sean brindados, a menos que se haya concretado algún arreglo previo con nuestra oficina de negocios. Todos nuestros doctores son proveedores participantes con Medicare, y por lo tanto, las reclamaciones serán presentadas a través de Urology Partners of North Texas, PLLC, y el pago será recibido en esta oficina. Una fotocopia de esta autorización y asignación tendrá la misma validez que la original.

Usted entiende que es responsable del saldo de la cuenta independientemente de lo que pague el seguro. Por lo tanto, por medio del presente, usted autoriza a Urology Partners of North Texas, PLLC para compartir información con mi compañía de seguros y/o mis abogados en relación con mi enfermedad y tratamientos. Por medio de la presente, usted asigna a Urology Partners todos los pagos por servicios médicos brindados a mí o a mis dependientes.

- **Las tarjetas de seguro deberán presentarse en cada visita.**
- Como cortesía, nosotros presentaremos su reclamación con su seguro principal y secundario. Nosotros no presentamos reclamaciones al tercer seguro.
- Todos los cargos por tratamiento vencen y deberán pagarse dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en la que su compañía de seguros ha evaluado y procesado su reclamación, y en tal momento, usted será responsable por cualquier saldo pendiente de pago.
- Nosotros requeriremos el pago de su co-pago y/o deducible y co-seguro aplicable al momento que se le brinden los servicios.
- El paciente reconoce que es la responsabilidad del paciente de informarse de que servicios están cubiertos y el mismo se compromete a pagar cualquier servicio que se determine como no-cubierto o no autorizado por su plan.
- **Medicare** – Nosotros aceptamos la asignación. Favor de pagar su correspondiente 20% o permítanos presentar su póliza suplementaria. En caso de que usted no cuente con una póliza suplementaria, nosotros le pediremos que pague el Deducible/Co-seguro de Medicare. Medicare y otros proveedores secundarios no cubren algunos procedimientos o suministros. Favor de asegurarse de que entiende cuáles tratamientos y suministros están cubiertos ya que se le solicitará que firme una exención de pago declarando que usted entiende que cuando los servicios no estén cubiertos usted será responsable por los cargos relacionados.
- **HMO's (Health Maintenance Organizations [Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud])** – Favor de traer su número de referencia y su co-pago cuando usted se presente para una cita en la oficina. Es responsabilidad del paciente obtener la referencia para las visitas. Los pacientes que sean vistos sin la referencia para la visita serán responsables de cubrir todos los gastos al momento de la visita o servicio. Aquellos pacientes que sean vistos sin la referencia requerida serán responsables de cubrir todos los costos al momento del servicio.
- **Pago propio** – Si usted actualmente no cuenta con cobertura de seguro médico, le pedimos que coordine su pago con nuestra oficina de negocios antes de su visita. Nosotros requerimos que los servicios brindados sean pagados en su totalidad al momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestra oficina de negocios.
- **Todos los pagadores** – Es responsabilidad del paciente verificar que nosotros seamos proveedores participantes en su plan de seguro médico. En caso de que no participemos con su plan, nosotros

presentaremos su reclamación como una cortesía, pero usted será responsable por el pago completo por los servicios brindados al momento de la visita.

- Nosotros podremos cobrarle una tarifa por “No Presentarse” en caso de que usted no cancele o re programe su cita con al menos 24 horas de anticipación antes de la fecha y hora de su cita.
- El cargo por cheques devueltos por fondos insuficientes será de \$25.00.

Firma del paciente / fiador

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente



Asignación de Beneficios y Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo autorizo a Urology Partners of North Texas, PLLC para que presenten reclamaciones y reciban pagos por servicios que de otra manera serían pagaderos a mí de cualquier fuente, incluyendo, más no de forma limitativa, mi plan de seguro médico, el proveedor de seguro de compensación laboral de mi empleador u otras partes por beneficios médicos y/o quirúrgicos con los que yo he contratado. Dichos beneficios no excederán los cargos cobrados por parte de Urology Partners of North Texas, PLLC, LLC. Entiendo que soy financieramente responsable ante Urology Partners of North Texas, PLLC, LLC por todos los cargos no cubiertos o pagados por medio de la presente asignación y que cumpliré con las políticas financieras de Urology Partners of North Texas, PLLC en la recolección de estos cargos. Yo acepto completa responsabilidad por brindarle a Urology Partners of North Texas, PLLC la información correcta y completa que sea necesaria para que me ayuden en el proceso de mis reclamaciones para el reembolso por pagos de servicios médicos. Por lo tanto, yo autorizo a Urology Partners a divulgar cualquier información que sea necesaria para las compañías de seguros con respecto a la enfermedad y el tratamiento necesario para procesar las reclamaciones. Yo autorizo el reembolso de beneficios de seguro pagados en exceso en casos donde mi cobertura esté sujeta a la coordinación de beneficios.

Consentimiento para Tratamiento

Por medio del presente yo autorizo a los médicos de Urology Partners of North Texas, PLLC junto con sus asociados y asistentes que ellos elijan para administrar o realizar el tratamiento médico al paciente indicado, incluyendo cualquier procedimiento o servicio que ellos consideren necesario o razonable, incluyendo más no de forma limitativa, la administración de inyecciones, radiografías u otros servicios radiológicos y de laboratorio. Por medio del presente, también autorizo la divulgación de registros médicos a doctores remitentes y a mis compañías de seguros para fines de pagos, tratamiento y operaciones del cuidado de la salud. Esta autorización para dar consentimiento a tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos seguirá en vigor hasta ser revocada.

Me fue ofrecida o recibí una copia del Consentimiento para Tratamiento y de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Urology Partners of North Texas, PLLC. Yo he leído o leeré esta política. Todas mis preguntas o dudas han sido aclaradas.

Firma del paciente / fiador

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente