



# Registro de Pacientes Nuevos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Genero:  Femenino  Masculino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Seguro Social (SS) # \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono : (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Primario: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Dirección primaria: \_\_\_\_\_  
(Calle/Número de lote)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección en donde trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable si es diferente al paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_  
(Calle/Número de lote)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Es el paciente menor de edad?  Si  No

Si es menor de edad,

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de la padre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de esposo (a): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de Emergencia (diferente al esposo(a)): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



Referido por: \_\_\_\_\_ Nombre de Su Medico anterior: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Nombre en la póliza: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Tel # (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

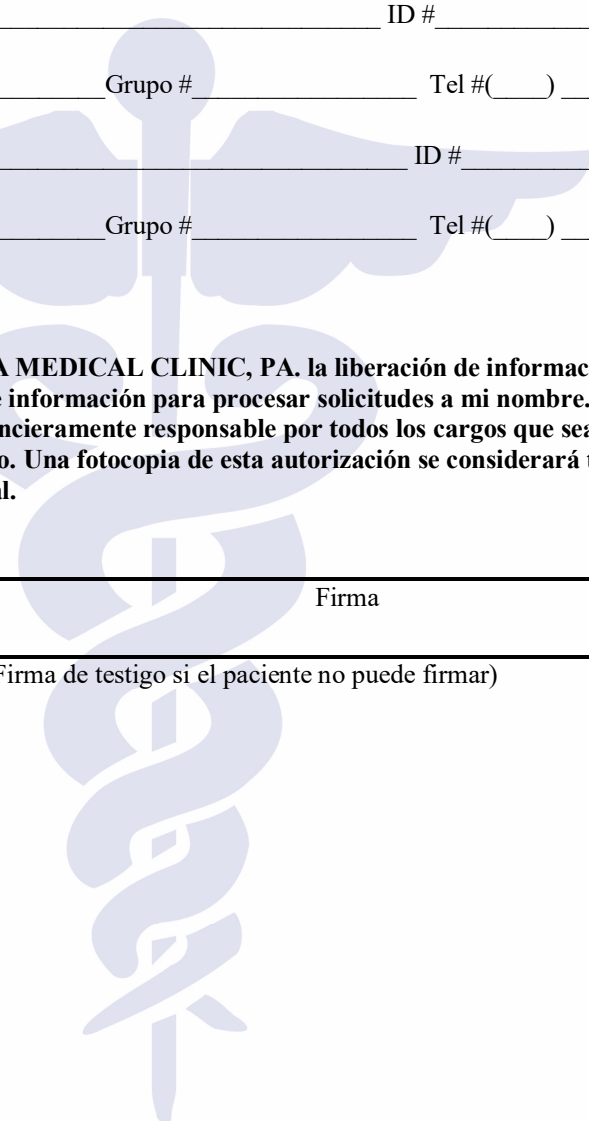
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Nombre en la póliza: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Tel # (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

➤ Yo autorizo a DONNA MEDICAL CLINIC, PA. la liberación de información médica u otra clase de información para procesar solicitudes a mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que sean o no cubiertos por el seguro. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma de testigo si el paciente no puede firmar)





### **Póliza y Acuerdo financiero**

Bienvenido al grupo médico Donna Medical Clinic, PA. Para que nuestro personal médico pueda brindarle la calidad y la atención que usted necesita, hemos establecido nuestras pólizas financieras. La siguiente es una guía necesaria con el fin de proporcionar atención de alta calidad y hacer su visita lo más agradable posible.

**POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACIÓN Y SI ESTA DEACUERDO FIRME EN LA PARTE INFERIOR INDICADA.**

1. Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en cada visita. Es su responsabilidad proporcionar la información correcta para facturar el reclamo a su seguro.
2. Si usted tiene algún cambio de dirección, número de teléfono, o empleador, por favor notifique a la recepcionista al momento de registrarse.
3. Colectaremos su deducible, co-pago o cargos por servicios no cubiertos en el momento de su visita. Si usted tiene algún balance después del seguro pagar por concepto de un servicio anterior, también le pediremos realizar el pago de ese monto restante. Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas débito y crédito Visa, Master Card y Discover.
4. Si no participamos con su compañía de seguro, le pediremos pagar la totalidad de los servicios médicos prestados.
5. Si su seguro niega el pago a los servicios prestados, no nos paga a tiempo, o si su cuenta presenta adeudo, nos reservamos el derecho a referir su cuenta a una agencia de colección y a notificarse a uno o más agencias del buró de crédito.
6. Pacientes de MEDICARE: somos proveedores de Medicare y se factura a Medicare para todos los cargos cubiertos. Si tiene seguro complementario, será también facturado. Si no se recibe el pago de su seguro complementario dentro de 45 días de ser enviado, el saldo le será cobrado a usted. Si no tiene seguro complementario, su parte (20% del monto permitido por Medicare) se colectará al momento del servicio. Se espera que pague anualmente el monto permitido de sus cargos hasta que cumpla el deducible de Medicare.
7. Pacientes HMO-PPO: Si participamos con su plan, realizaremos el cobro a su seguro. El copago se colectará al momento del servicio, sin excepciones. Si su plan requiere que usted elija a un médico de atención primaria, es su responsabilidad asegurarse de que su compañía de seguro este en contrato con el médico o enfermera especialista que usted está viendo en nuestra oficina. Si su plan requiere que tenga autorización para ver a un especialista, tendrá que obtenerlo de nuestra oficina antes de ver al especialista. No se darán referencias retroactivas. Si no estamos cubiertos por su plan, verificaremos sus beneficios y los cargos respectivos de los servicios de salud fuera de la red, y se espera el pago de su porción correspondiente de los cargos al momento del servicio. Si nuestro medico no es su médico de atención primaria, no estaremos en capacidad de obtenerle autorización para que pueda ver algún especialista, o admitirle al hospital.
8. PAGO PRIVADO: Pacientes que no estén cubiertos por un seguro deberán pagar al momento del servicio. Si usted no está en capacidad pagar en su totalidad, deberá comunicarse con nuestro Departamento de cobros antes de ver al médico y/o proveedor de nivel medio para acordar la respectiva manera de pago.



9. CITAS PERDIDAS: Cuando realiza una cita con el médico o proveedor de grado medio, el tiempo o turno es específicamente asignado para usted. Cuando una cita no se cancela por adelantado, y el paciente no se presenta a la cita, otro paciente que necesita ser visto podría haber usado ese turno. Entendemos que pueden haber ocasiones en las que no pueda asistir a una cita, pero le pedimos por favor nos haga una llamada para cancelar su cita. Si usted llega a faltar tres citas, saldrá de la práctica por incumplimiento.
10. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Es muy importante que usted comprenda las disposiciones de su póliza. No podemos garantizar el pago de todos los reclamos. Si su seguro paga solamente una parte de la factura o rechaza su solicitud, cualquier contacto o explicación deberán hacerla a usted (el titular de la póliza). La reducción o rechazo del reclamo a su seguro no lo libera a usted de su obligación financiera.
11. Recuerde que tenga o no seguro, usted es finalmente la persona financieramente responsable por el pago de sus cargos. Si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestra política financiera, por favor póngase en contacto con nuestra oficina de facturación al 956-464-2402.

Yo / Nosotros me comprometo(mos) a lo siguiente:

- I. GARANTÍA DE PAGO: Atención médica ha sido o se proporcionará al paciente cuyo nombre aparece a continuación. Yo / nosotros, conjunta e individualmente, seremos totalmente responsables del pago de la cuenta médica del paciente, basado en los cargos publicados por los médicos, de los que estamos de acuerdo en que son justas y razonables. El médico puede llegar a pedir el pago completo de la cuenta del paciente en cualquier momento, pero el médico no está obligado a hacerlo. Incluso si el médico no exige pago inmediato, mi/nuestra obligación de realizar dicho pago sigue siendo la misma.
- II. Cuando la cobertura del seguro del paciente es insuficiente. En caso de que cualquier cobertura que pueda tener el seguro del paciente (incluyendo pero no limitándose a los seguros BCBS, AETNA, MEDICAID, HUMANA, CIGNA, compensación de trabajadores), o cualquier otra cobertura rechaza el reclamo del paciente, o permite sólo una parte del reclamo, yo/nosotros seremos responsables por el pago inmediato del saldo debido, según determinado por el médico.

He leído y comprendo completamente la política financiera del grupo médico Donna Medica, PA (Donna Medical Clinic, Donna Day & Night Clinic, Elsa Medical Clinic y la clinica Arango & Peña Family Clinic).

Nombre en letra de molde:

Fecha de nacimiento:

Firma:

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS POR UN ASOCIADO  
MEDICO Y/O ENFERMERA CLINICA ESPECIALISTA

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con esto certifico que se me ha comunicado sobre la función y los servicios ofrecidos por el asociado médico y la enfermera clínica especialista y doy mi consentimiento para ser estos.

FIRMA

FECHA

# Ley Federal de Portabilidad

SU INFORMACION

SUS DERECHOS

NUESTRA RESPONSABILIDAD

DONNA MEDICAL CLINIC, PA

## SUS derechos cuando se trata de información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos

Esta sección explica sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarlo.

- Haz una copia de su expediente médico electrónica o en papel**
- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Proporcionamos una copia o un resumen de información sobre su salud, generalmente dentro de 14 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable, basado en los costos.  
**Nos pide corregir su expediente médico**
- Podemos pedirnos corregir información médica sobre usted que usted piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.  
**Pedir comunicaciones confidenciales**
- Usted puede solicitar para contactarle de forma específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables

### Pedirnos que limitar lo que usar o compartir

- Usted puede pedir que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o cuidado médico efectivo en su totalidad, usted puede pedirnos no a compartir esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud.
- Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información
- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de los tiempos que hemos compartido su información médica para seis años antes de la fecha pido, que compartimos con y por qué.  
Se incluyen todas las declaraciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras declaraciones (por ejemplo, cualquiera que le pide que hagamos). **Te proporcionamos una contabilidad un año gratis pero cobrará una tarifa razonable, basado en los costos si usted pregunta por otro plazo de 12 meses.**

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.

### Elegir a alguien para

- Si usted ha dado alguien poder médico, de abogado o si alguien es tu tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.

- Se asegurará de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que tomar cualquier acción.

### Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados

- Puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros usando la información en la parte inferior de este aviso.

- No talionaremos contra usted por presentar una queja.

## Y NUESTRAS opciones para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que usted quiere hacer, y vamos a seguir sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que**

- Compartir información con tu familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastre

En estos casos, nunca compartimos tu información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Objetivos de marketing
- Venta de su información
- Más intercambio de notas de psicoterapia

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

### ¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información médica?

Suelen utilizar o compartir su información médica en las siguientes formas.

- Treatyou
- We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.  
**Example:** A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.

### Funcionamiento de nuestra organización

Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

### Factura por sus servicios

Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Le damos información a su plan de seguro de salud por lo que pagará por sus servicios.

### ¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Estamos permitidos o necesaria para compartir su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos.

Para obtener más información, consulte [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:
  - Prevención de la enfermedad
  - Ayudar con productos retirados
  - Informes de reacciones adversas a medicamentos
  - Reporte sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
- De investigación
  - Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud
- Cumplir con la ley**  
Vamos a compartir información sobre usted si leyes estatales o federales así lo requieren, incluyendo con el Departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información médica con organizaciones de adquisición de órganos.

### Trabajan con un examinador médico o director de la funeraria

- Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria cuando un individuo muere.

### Dirección de compensación, aplicación de la ley y a otras solicitudes de gobierno Podemos utilizar o compartir información médica acerca de usted:

- Para reclamaciones de compensación
- Para fines de aplicación de la ley o con una oficina de aplicación de la ley
- Con organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Funciones especial del gobierno como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales
- Responder a demandas y acciones legales**
  - Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
  - No crear o gestionar un directorio de hospital.
- Además de las reglas federales en materia de privacidad salud, vamos a seguir la ley estatal de Texas. Por ejemplo, obtendremos apropiado consentimiento por escrito de usted antes de compartir información relativa a la información genética, estatus de VIH, tratamiento de abuso de sustancias y cierta información de salud mental para fines distintos de tratamiento u obtener el pago por los servicios que ofrecemos a usted.

Por favor pregunte a su médico para obtener información sobre cómo inscribirse para nuestro portal paciente.

## NUESTRA RESPONSABILIDAD

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le dejaremos saber puntualmente si una ruptura ocurre que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.

No usar o compartir su información que como se describe aquí a menos que usted nos dice que podemos en la escritura. Si usted nos dice que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si usted cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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 tenemos sobre usted. Nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web en [www.donnamedical.com](http://www.donnamedical.com)

**Esta Notificación incluye las siguientes clínicas:**

- Los profesionales de:

QUEJAS: Puede dirigir sus quejas al Director de Privacidad de esta oficina y al Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos han sido violados. Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor envíe sus quejas a:

ATTENTION ADMINISTRATION  
P.O. BOX 2377  
McAllen, Texas 78504

Donna Medical Clinic  
307 N. D. Salinas Blvd  
Donna Texas 78537

Donna Day & Night  
2010 U.S. 83 Business,  
Donna, TX 78537

Elsa Medical Clinic  
101 S. Broadway  
Elsa, TX 78543

Arango & Peña Family Clinic  
4903 N. McColl  
McAllen, Texas 78504



## Reconocimiento de las Practicas de Privacidad

He revisado la notificación de las Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo mi información médica será utilizada y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
Firma del paciente o representante legal	Fecha

Se intentó obtener confirmación escrita del reconocimiento de nuestras prácticas de privacidad, pero no fue posible debido a que:

- \_\_\_\_\_ El individuo se negó a firmar
- \_\_\_\_\_ Las barreras de comunicación no permitieron obtener la firma.
- \_\_\_\_\_ Una situación de emergencia nos ha impedido obtener la firma.

Otros (especifique)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Firma	Fecha
-------	-------



**AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION A MIEMBROS DE SU FAMILIA**

Muchos de nuestros pacientes permiten a miembros de su familia, como esposo(a), padres u otros, el llamar y solicitar información medica o de facturación. Bajo los requerimientos de HIPPA no tenemos permitido dar esta información sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información medica o de facturación sea liberada a miembros de su familia, debe firmar esta forma. Al firmar esta forma dará consentimiento para la liberación de información a los miembros familiares indicados en la parte inferior. Esta forma de consentimiento no permitirá a Donna Medical Clinic, PA liberar ninguna otra información a estos miembros de su familia.

Tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

Yo autorizo, /permito a Donna Medical Clinic, PA. la liberación de mi información medica y/o de facturación a las siguientes personas:

- 1. \_\_\_\_\_ Relación el paciente: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Relación el paciente: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Relación el paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA DEJAR MENSAJES CON MIEMBROS DEL HOGAR / MAQUINAS CONSTESTADORAS:**

Ocasionalmente es necesario para el equipo de Donna Medical Clinic, PA. dejar mensajes para los pacientes. El propósito de estos mensajes es el recordar a los pacientes que ellos tienen una cita, para notificar al paciente que el equipo medico desearía discutir o programar laboratorios, o solicitar al paciente que llame respecto a algún tema o preocupación. En ningún momento un representante de Donna Medical Clinic, PA. discutirá su condición sin su consentimiento. El propósito de este consentimiento es para dejar mensajes con miembros de su hogar o en su maquina contestadora.

Tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para uso de la oficina: Numero del paciente \_\_\_\_\_