

Northwest Arkansas Clinic for Families (NWACF) Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Sexo: F M Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Trabajo: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado

Raza: Blanco Hispano Asiatico Africoamericano Otro: _____

Language: Español Inglés Otro: _____

Etnicidad: Hispano (Latino) Blanco Americano Otro: _____

Información del Esposo(a)

Nombre del esposo(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Trabajo: _____

Información de la Persona Responsable del Pago

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Trabajo: _____

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Información del Seguro Médico

Asegurancia Primaria

Asegurancia Secundaria

Autorización: NW Arkansas Clínica para las familias queda autorizado y requerido que suministren a cualquier compañía de seguros cualquier y toda la información que pueda tener acerca del paciente llamado anteriormente, incluyendo pero no limitado a historia clínica, informes, consultas, recetas, tratamientos, por ejemplo, radiografías y cualquier y todas las demás informaciones y/o documentación relacionado al paciente. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada válido y eficaz como el original. Paciente es responsable del pago de todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro.

Firma

Fecha

Autorización de Medicare: solicito que el pago de prestaciones de Medicare autorizados a mí o a mi nombre a la clínica del noroeste de Arkansas para familias por cualquiera de los servicios proporcionados a mí por este proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para entregarla a la administración sanitaria de financiación y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o las prestaciones a recibir servicios afines. Solicito el pago de las prestaciones de Medigap autorizados a este proveedor y también autorizo cualquier poseedor de información médica sobre mí para entregarla al asegurador de Medigap con nombre arriba cualquier información necesaria para determinar los beneficios a pagar por los servicios de este proveedor.

Firma

Fecha

Northwest Arkansas Clinic for Families Health Information

Name (Nombre): _____ Date (Fecha): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Age (Edad): _____

Reason for your visit (Razon de visita de hoy):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Medical problems for which you have been hospitalized or treated
(Problemas medicos, por los que haya sido hospitalizado):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Past surgeries - Please list (Sirugias Pasadas):

_____	Date (Fecha): _____
_____	Date (Fecha): _____
_____	Date (Fecha): _____
_____	Date (Fecha): _____

Accidents and Injuries (Accidentes O Lesiones):

Medication name (Nombre de medicina)	Dose (mg) (Dosis)	How often (Cuantas veces)	Reason (Porque la toma)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Allergies to medicine (Alergia a alguna medicina):

Personal History

- | Y | N | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure (Alta presión) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease (Enfermedad del Corazon) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma (Asma) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other lung problems (Otras enfermedades de los pulmones) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies (Alergias) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis (Artritis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia (Anemia) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bleeding problems (Problemas con la sangre) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migraines (Migrañas) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intestinal problems (Problemas intestinales) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liver disease (Enfermedades del hígado) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobacco use (Uso de tabaco) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcohol use (Uso de alcohol) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tested for AIDS (Examinado de sida) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blood Transfusions (Transfusión de sangre) |

Please explain, in detail, any answers marked "yes." (Por favor explique con detalles si su respuesta es "si.")

- Last Pap Smear (ultimo papanicolao): _____
- Last Mammogram (ultima mamografia): _____
- Last Chest X Ray (ultimos rayos x): _____
- Last PSA (ultimo examen de la prostata): _____
- Last tetanus (ultima vacuna del tetano): _____
- Influenza vaccine (vacuna para la gripe): _____
- Pneumovax (vacuna contra la pulmonia): _____

Family History

- | Y | N | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure (Alta presión) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease (Enfermedad del Corazon) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma (Asma) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other lung problems (Otras enfermedades de los pulmones) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies (Alergias) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis (Artritis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia (Anemia) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bleeding problems (Problemas con la sangre) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migraines (Migrañas) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intestinal problems (Problemas intestinales) |

Please explain, in detail, any answers marked "yes." (Por favor explique con detalles si su respuesta es "si.")

AVISO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Efectiva 14 de abril 2003

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea cuidadosamente.

La siguiente es la política de privacidad ("Política de Privacidad"), de la Clínica del Noroeste de Arkansas para las familias, como se describe en la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 y las regulaciones promulgadas bajo, comúnmente conocida como HIPAA. HIPAA requiere entidad cubierta por la ley a mantener la privacidad de su información de salud personal que con la notificación de deberes legales entidad cubierta y políticas de privacidad con respecto a su información médica personal. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.

Tu información personal de salud

Nosotros recopilamos información de salud personal a través de operaciones de atención médica de tratamiento, pago y servicios relacionados, el proceso de solicitud e inscripción, y / o proveedores de atención médica o planes de salud, o a través de otros medios, según corresponda. Tu información personal de salud que está protegida por la ley en general incluye cualquier información, oral, escrita o grabada, que es creada o recibida por determinadas entidades de atención médica, incluidos los proveedores de atención de la salud, tales como médicos y hospitales, así como, las compañías de seguros de salud o planes. La ley protege específicamente la información de salud que contiene datos, como su nombre, dirección, número de seguro social, y otros, que podrían ser utilizados para identificarle como el paciente que se asocia con la información de salud.

Usos o divulgaciones de su información de salud personal

Sin su consentimiento

Sin su consentimiento, podemos utilizar o divulgar su información personal de salud con el fin de ofrecerle los servicios y el tratamiento que requiera o solicite, o para cobrar el pago por esos servicios, y realizar otras operaciones relacionadas con el cuidado de la salud lo permita o exija la ley . Además, nos permite divulgar su información de salud personal dentro y entre nuestros trabajadores con el fin de lograr estos mismos fines. Sin embargo, incluso con su permiso, todavía estamos obligados a limitar estos usos o divulgaciones con la cantidad mínima de información de salud personal que es razonablemente necesario para proporcionar los servicios o realizar dichas actividades

Ejemplos de actividades de tratamiento incluyen: (a) la provisión, coordinación o gestión de servicios de atención de la salud relacionados con los proveedores de atención de salud, (b) la consulta entre profesionales de la salud relacionados con el paciente, o (c) la remisión de un paciente para el tratamiento de un médico a otro.

Ejemplos de pago incluyen: (a) la facturación y las actividades de cobro y procesamiento de datos relacionados, (b) acciones de un plan de salud o asegurador para obtener las primas o para determinar o cumplir con sus responsabilidades en materia de cobertura y la provisión de beneficios bajo su plan de salud o contrato de seguro , las determinaciones de elegibilidad o cobertura, adjudicación o subrogación de cobros de cuidado medico, (c) necesidad médica y adecuada de los exámenes de cuidado, actividades de revisión de utilización, y (d) la divulgación a agencias de informes del consumidor de la información relacionada a la colecta de las primas o reembolso.

Ejemplos de operaciones de cuidado de salud incluyen: (a) el desarrollo de guías de práctica clínica, (b) contactar a los pacientes con información sobre alternativas de tratamiento o comunicaciones en relación con el manejo de casos o coordinación de servicios; (c) la revisión de las calificaciones de los profesionales de la formación y cuidado de la salud, (d) suscripción y clasificación de primas, (e) la revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, y (f) las actividades administrativas generales, como el servicio al cliente y análisis de datos.

Requerido por la Ley

Podemos usar o divulgar su información de salud personal en la medida en que tal uso o divulgación es requerida por la ley y el uso o divulgación no cumple y se limita a los requisitos pertinentes de dicha ley. Ejemplos de casos en los que estamos obligados a divulgar su información personal de salud incluyen: (a) las actividades de salud pública, incluyendo, prevenir o controlar enfermedades u otras lesiones, la vigilancia de la salud pública o investigaciones, informar sobre los eventos adversos con respecto a los suplementos alimenticios o dietéticos o productos defectuosos o problemas a la Administración de Alimentos y Medicamentos, la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si la persona tiene una enfermedad relacionada con el trabajo o lesiones a fin de cumplir con la ley federal o estatal; (b) las revelaciones relacionadas con las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica, incluyendo, informar a los servicios sociales o agencias de servicios de protección, (c) las actividades de supervisión de la salud, incluyendo auditorías, investigaciones civiles administrativas o criminales, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias o acciones civiles, administrativas o penales o acciones, o de otro tipo actividades necesarias para la supervisión apropiada de los programas de beneficios del gobierno, (d) las acciones judiciales y administrativas en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativa, una orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, (e) los efectos de aplicación de la ley para la propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida o denunciar los delitos en casos de emergencia, o para reportar una muerte, bajo ciertas condiciones, (h) para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad; (i) militar y veteranos de las actividades, (j) de seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección del Presidente y de los demás; (k) las determinaciones de idoneidad médica por parte de entidades que forman parte de la Secretaría de Estado; (l) las instituciones correccionales y otras situaciones de aplicación de la ley de custodia, (m) las entidades cubiertas que son programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos y para la compensación de los trabajadores.

Todas las demás situaciones, con su autorización específica

Con excepción de lo permitido o requerido, según lo descrito anteriormente, no puede usar o divulgar su información personal de salud sin su autorización por escrito. Además, estamos obligados a usar o divulgar su información médica personal de acuerdo con los términos de su autorización. Usted puede revocar su autorización para usar o divulgar cualquier información de salud personal en cualquier momento, excepto en la medida en que hayamos tomado acción basada en esta autorización, o, si se proporcionó la autorización como una condición para obtener cobertura de seguros, otra ley proporciona el asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza.

Actividades varias, Aviso

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés. Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos para la Entidad Cubierta. Si tenemos un plan de salud de grupo o emisor de seguro de salud o HMO con respecto a un plan de salud de grupo, podemos divulgar su información médica personal a ser patrocinador del plan.

Sus derechos con respecto a su información médica personal

Bajo HIPAA, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud personal. Lo que sigue es un breve resumen de sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a la aplicación de esos derechos.

Derecho a Solicitar Restricciones en el Uso o Divulgación

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información personal de salud acerca de usted. Usted puede solicitar restricciones usos o divulgaciones: para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de salud, (b) la divulgación a miembros de la familia, parientes o amigos cercanos de información de salud personal directamente relacionados con su cuidado o pago relacionado con su atención médica, o su ubicación, condición general o muerte, (c) los casos en los que no están presentes o su permiso no puede ser factible para obtener debido a su incapacidad o a una circunstancia de emergencia, (d) permitir a otras personas a actuar en su nombre para recoger recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud personal, o (e) la divulgación a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos a asistir en los esfuerzos de alivio de desastres.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de recibir comunicación confidencial de su información de salud personal. Podemos requerir solicitudes por escrito. Podemos condicionar la comunicación confidencial que usted nos proporciona con información sobre cómo se manejará el pago y especificación de una alternativa u otro método de contacto. Nosotros podemos exigir que una solicitud contenga una declaración de que la divulgación de toda o parte de la información a que se refiere la solicitud podría perjudicarlo. No podemos requerir que proporcione una explicación de los fundamentos de su petición como condición de proveer comunicación a usted con carácter confidencial. Debemos permitir petición y debemos atender las peticiones razonables de usted para recibir comunicaciones de información de salud personal de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos. Si tenemos un plan de atención de la salud, tenemos que permitir que usted solicite y debe acomodar las peticiones razonables de usted para recibir comunicaciones de información de salud personal de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos si se establecen claramente que la divulgación de toda o parte de esa información podría ponerlo en peligro.

Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud personal

Su grupo designado de registros es un conjunto de registros que mantenemos que incluye registros médicos y de facturación sobre su persona, o la inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y casos médicos o sistemas de gestión de documentos, según corresponda. Usted tiene el derecho de acceso a fin de inspeccionar y obtener una copia de su información médica personal contenida en su archivo designado, con excepción de las notas de psicoterapia (a), (b) la información cumplida con anticipación razonable de, o para uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, y (c) la información médica que nosotros mantenemos en la medida en que la provisión de acceso a la información personal de salud que en la forma o formato solicitados por usted, si es fácilmente producible en la forma o formato, o bien, si no es así, en una forma legible copia impresa o en cualquier otro formato o Podemos ofrecerle un resumen de la información de salud personal que se solicita, en lugar de proporcionar acceso a la información de salud personal o puede proporcionar una explicación de la información de salud personal cuyo acceso ha sido siempre, si usted está de acuerdo de antemano para tal resumen o explicación y de acuerdo con los cobros impuestos por dicho resumen o explicación. Nosotros le proporcionaremos acceso a lo solicitado en el momento oportuno, incluyendo un arreglo con usted en momento y lugar convenientes para inspeccionar u obtener su solicitud de acceso necesario para facilitar el acceso oportuno. Si usted solicita una copia de su información de salud personal o de acuerdo a un resumen o explicación de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable

basada en el costo de copiado, envío, si usted solicita un envío, y los costos de la preparación de una explicación o resumen según lo acordado por adelantado. Nos reservamos el derecho de negarle el acceso a las copias de cierta información de salud personal según lo permitido por la ley. Nosotros trataremos de acomodar razonablemente cualquier solicitud de información médica personal, en la medida de lo posible, que le da acceso a otra información personal de salud después de excluir la información a la que tenemos un motivo para denegar el acceso. Tras la denegación de una solicitud de acceso o solicitud de información, nosotros le proveeremos con una negativa por escrito especificando el motivo legal para la denegación, una declaración de sus derechos, y una descripción de cómo usted puede presentar una queja con nosotros. Si no tenemos la información que es objeto de su petición de acceso, pero sabemos que la información solicitada se tiene, se le informará de dónde dirigir su petición de acceso.

Derecho a enmendar su información de salud personal

Usted tiene el derecho de solicitar que corriamos su información de salud personal o un registro sobre usted contenida en su conjunto designado de registros, durante el tiempo que el archivo designado es mantenido por nosotros. Nos reservamos el derecho de rechazar su solicitud de enmienda, si: (a) se determina que la información o registro que es objeto de la solicitud no fue creada por nosotros, a menos que usted proporcione una base razonable para creer que el autor de la información no esta disponible para actuar sobre la enmienda solicitada, (b) la información no forma parte de su expediente designado mantenido por nosotros, (c) la información que se le prohíbe a inspección por la ley, o (d) la información sea exacta y completa . Podemos requerir que usted envíe rechazo por escrito indicando la base de la negación, de su derecho a presentar una declaración escrita manifestando su disconformidad con la negación, así como una descripción de cómo usted puede presentar una queja con el Secretario de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos ("DHHS"). Esta negación también incluirá un aviso de que si usted no presenta una declaración de desacuerdo, puede solicitar que incluyamos su solicitud de enmienda y la negación de cualquier divulgación futura de su información de salud personal que es objeto de la enmienda solicitada. Las copias de todas las solicitudes, rechazos y declaraciones de desacuerdo será incluido en su archivo designado. Si aceptamos su solicitud de enmienda, haremos los esfuerzos razonables para informar y ofrecer la enmienda dentro de un plazo razonable a las personas identificadas por la información recibida por tener personal de salud de los suyos antes de la enmienda y de las personas que sabemos que tienen la información de salud personal que es el objeto de la enmienda y que pueden haber usado, o podría basarse previsiblemente, en tal información en su perjuicio. Todas las solicitudes de modificación se enviarán a **Northwest Arkansas Clinic for Families**.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones de su información de salud personal

A partir de abril 14 de 2003, usted tiene el derecho de recibir una contabilidad escrita de todas las divulgaciones de su información de salud personal que hemos realizado dentro de los seis (6) años inmediatamente anteriores a la fecha en que se solicite la contabilidad. Usted puede solicitar un informe de divulgaciones por un período de tiempo inferior a seis (6) años desde la fecha de la solicitud. Tales revelaciones incluirá la fecha de cada revelación, el nombre y, si se conoce, la dirección de la entidad o persona que recibió la información, una breve descripción de la información divulgada, y una breve descripción de la finalidad y la base de la divulgación o, en lugar de tal declaración, una copia de su autorización por escrito o solicitud por escrito para la divulgación relacionada con dicha información. No estamos obligados a proporcionar la contabilidad de las revelaciones para los siguientes fines: (a) el tratamiento, pago y operaciones de salud, (b) las revelaciones de conformidad con su autorización, (c) revelaciones a usted, (d) para un directorio de la institución o personas encargadas de su cuidado, (e) para la seguridad nacional o de inteligencia, (f) a instituciones correccionales, y (g) con respecto a las revelaciones que ocurren antes de 4/14/03. Nos reservamos el derecho a suspender temporalmente su derecho a recibir un informe de divulgaciones a las agencias de supervisión de la salud o los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, como lo exige la ley. Vamos a ofrecer el primer informe a usted en cualquier período de doce

(12) sin costo alguno, pero impondrá una razonable basada en el costo de responder a cada solicitud posterior para la contabilidad dentro de ese mismo período de doce (12) meses. Todas las solicitudes de cuentas se enviarán a **Northwest Arkansas Clinic For Families**.

Quejas

Usted puede presentar una queja con nosotros y con el Secretario de DHHS si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted puede presentar su queja por escrito a nuestro oficial de privacidad, Janice Murr, Northwest Arkansas Clinic For Families, PO Box 328, Springdale, AR 72764. Una queja debe nombrar la entidad que es objeto de la queja y describir los actos u omisiones que se consideran en violación de los requisitos aplicables de la presente Política de Privacidad. Una queja debe ser recibida por nosotros o ante la Secretaría del DHHS dentro de los 180 días de cuando usted supo o debería haber sabido que el acto u omisión denunciados ocurrieron. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Modificaciones a esta Política de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar o enmendar esta Política de Privacidad en cualquier momento. Estas revisiones o enmiendas podrán ser válidas para toda la información médica personal que mantenemos aunque creada o recibida antes de la fecha de vigencia de la revisión o enmienda. Nosotros le proporcionaremos un aviso de cualquier revisión o modificación a esta Política de Privacidad, o cambios en la legislación que afecta a este Aviso de Privacidad, por correo o por vía electrónica dentro de los 60 días siguientes a la fecha de vigencia de dicha revisión, enmienda o cambio.

En marcha la Política de Privacidad de acceso

Nosotros le proporcionaremos con una copia de la versión más reciente de esta política de privacidad en cualquier momento mediante una solicitud por escrito enviada a la Clínica del Noroeste de Arkansas para las familias. Para cualquier otra solicitud o para obtener información adicional con respecto a la privacidad de su información personal de salud en relación con la presentación de una queja con nosotros, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad Janice Murr, **Northwest Arkansas Clinic for Families**, PO Box 328, Springdale, AR 72764.

NORTHWEST ARKANSAS

CLINIC FOR FAMILIES

LAWRENCE J. SCHEMEL, M.D. DIPLOMATE ABFM

Confirmación de recibido

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Con su firma usted acepta que ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Representante del paciente: _____

Relación con el representante: _____