

## ¡Bienvenido!

Estimado(a) paciente:

Bienvenido al Dignity Health Medical Group (DHMG) en Arizona. El DHMG es el grupo de médicos académicos empleados de Dignity Health en Arizona. Se compone de más de 200 médicos, personal de enfermería especializada, asociados médicos y enfermeras parteras certificadas, así como un personal de apoyo de más de 500 personas quienes se dedican a una amplia variedad de especialidades. Con 26 sitios con consultorios y cuatro hospitales distribuidos en todo el valle, estamos capacitados para prestar más de 20 servicios de subespecialidades al área metropolitana de Phoenix.

Como parte de la familia Dignity, DHMG comparte la misión y los valores de Dignity Health, ampliando el ministerio sanador de Jesús, con un enfoque en la atención clínica innovadora y la búsqueda de la excelencia en actividades de especialización académica. Nuestra visión es que seamos el grupo médico académico conformado por médicos y administrados por profesionales de mejor desempeño a fin de brindar cuidados de la más alta calidad a nuestras comunidades.

En el DHMG, empleamos a proveedores reconocidos como los mejores médicos según la revista Phoenix Magazine. También contamos con proveedores en el DHMG quienes continuamente son reconocidos como líderes de la industria en términos de satisfacción del paciente y calidad de atención. Todos nuestros proveedores cuentan con certificación académica – o están en trámite de obtener su certificación – a fin de cumplir normas de educación, conocimiento, experiencia y destrezas reconocidas a nivel nacional. Además, nuestros proveedores excepcionales colaboran para capacitar a futuros médicos, lo cual los alienta a mantener su dominio en el conocimiento y la capacitación médica más avanzada, lo que en lo sucesivo les permite brindar cuidados de alta calidad en una gama de especialidades médicas, que exceden a los del médico clínico tradicional.

Las clínicas de atención primaria de Dignity Health Medical Group están reconocidas con la certificación de Hogar Médico Centrado en el Paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH). Dicha certificación enfatiza el uso de cuidados sistemáticos, centrados en el paciente, coordinados y empíricos que fomentan el acceso, la comunicación y la participación del paciente. Ofrece un sistema de cuidados en el que un equipo de profesionales de la salud colabora con los pacientes, las familias o los responsables de brindar cuidados para satisfacer todas sus necesidades de cuidados médicos. Se trata de una asociación de confianza entre un equipo de cuidados, encabezado por un médico y un paciente.

Por favor, revise y llene los formularios adjuntos antes de la consulta que tiene programada. Nos emociona darle la bienvenida a la familia de Dignity Health Medical Group.



Bruce Bethancourt, MD  
*Chief Medical Officer, DHMG*

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Apellido		Nombre	Segundo nombre
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género legal <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Estado civil
Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a responder	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder		Idioma	Idioma preferido para la información sobre la atención médica
Dirección postal		Ciudad	Estado      Código postal
Número de contacto principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo (      )	Número de contacto secundario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo (      )	Preferred Notify Method: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Otro: (      )	
Dirección de correo electrónico		Empleador	
Contacto de emergencia		Vínculo con el paciente	Número de contacto de emergencia
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el paciente
Fecha de nacimiento		Número de contacto principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo (      )	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
ACCESO A FAMILIARES Y AMIGOS (OPCIONAL)			
Permito que Dignity Health comparta la fecha/hora de mi cita, y/o la facturación con cualquiera de los individuos listados a continuación:			
Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:	
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:	Relación con el paciente:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Compañía de seguros principal	Lesión por accidente laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de facturación del seguro:	
Número de póliza/grupo:	Nombre completo del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Compañía de seguros secundaria		Dirección de facturación del seguro:	
Número de póliza/grupo:	Nombre completo del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	

\_\_\_\_\_ **CANCELACIONES, LLEGADAS TARDES Y CITAS FALTADAS:** Nuestra meta en el Dignity Health Medical Group es maximizar el tiempo que su prestador de atención clínica pasa con usted y minimizar su tiempo de espera. Para lograr esta meta, contamos con una política normalizada en caso de citas faltadas, cancelaciones y llegadas tardes;

- **Cancelación:** Requerimos 24 horas de previo aviso para cancelar cualquier cita.
- **Llegada tarde:** Se considera que uno llega tarde si llega 15 minutos después de la hora programada de la cita.
- **Cita faltada:** Si no llega a una cita programada y no da 24 horas de previo aviso al consultorio, la cita se considera faltada.
  - Cita faltada #1- Se documenta la falta
  - Cita faltada #2- Se envía una carta de aviso al paciente
  - Cita faltada #3- Se le da de baja del consultorio

\_\_\_\_\_ **FAMILIA Y AMIGOS:** Usted tiene la opción de nombrar a 3 individuos a quienes les da permiso para saber sobre fechas y horas de citas y/o información sobre facturación. Estos individuos **NO** pueden otorgar consentimiento para cualquier procedimiento en el consultorio, vacuna, etc.

\_\_\_\_\_ **RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS:** Por favor comuníquese con su farmacia de preferencia para pedir que le vuelvan a surtir medicamentos. Una vez que se reciba el pedido, se vuelven a surtir los medicamentos dentro de **3 días hábiles**.

\_\_\_\_\_ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Esto puede incluir copagos, coseguros y servicios no cubiertos o no pagados por su asegurador. Esta responsabilidad financiera también aplica si su asegurador no tiene contrato con el Dignity Health Medical Group. **Usted es responsable de asegurar que se pagan por completo todos los servicios prestados por el Dignity Health Medical Group dentro de treinta (30) días desde la fecha impresa en la factura.**

No cambiamos los códigos de facturación después de haberlos sometido a su asegurador.

Dependiendo de la cobertura de su seguro en el momento de la consulta en la clínica, se le puede pedir que deje un depósito en su cuenta antes de ver al médico. Los depósitos se aplicarán a los cargos pero puede que no cubran los cargos completos de los servicios prestados. Se pueden justificar cargos adicionales debido al uso de radiografía, suministros y/o servicios más complejos requeridos para brindar atención.

Es importante que traiga su tarjeta de seguro cada vez que venga a la clínica. De no traerla, se podría negar la consulta o se puede requerir que remita el pago completo en el momento de recibir los servicios. Por favor haga todo lo posible para avisarnos si ha habido algún cambio en su asegurador (primario o secundario) o en su información personal (domicilio, empleador o teléfono) desde su última consulta.

Entendemos que la cobertura del seguro puede ser confusa y nos esforzamos por ayudarlo con cualquier duda que tenga. **No dude en llamar directamente a los servicios de facturación al 602.406.3860 o sin costo al 877.877.8311.**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

F. DE NAC.: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE TELECOMUNICACIONES:** Al firmar a continuación usted acepta, da su consentimiento y solicita que el Dignity Health Medical Group, sus afiliados, y sus representantes le llamen o le manden mensajes de texto mediante un sistema telefónico automatizado y/o un mensaje pregrabado. Los tipos de llamadas o textos que puede recibir incluyen información relevante a la atención del paciente, programación de citas, recordatorios, recetas, anuncios o mensajes de venta telefónica respecto a beneficios y servicios ofrecidos. Se pueden hacer llamadas a cualquier número que usted proporcione o que obtengamos aunque se encuentre en una lista nacional o estatal “No llame” para evitar llamadas no deseadas. También reconoce que no se requiere este consentimiento para recibir atención clínica.

Al proporcionar mi número de teléfono de casa o de celular, mi correo electrónico o cualquier información personal de contacto, autorizo a mi proveedor de atención clínica a utilizar un sistema automatizado de un tercero para usar mi información personal, el nombre de mi proveedor, la hora y el lugar de mis citas programadas y otra información limitada con el fin de avisarme de citas pendientes, citas faltadas, revisiones de bienestar atrasadas, saldos debidos, resultados de laboratorio u otra información relacionada con mi atención clínica. También autorizo a mi proveedor de atención clínica a divulgar a terceros, que podrían interceptar estos mensajes, información limitada protegida de la salud respecto a mi atención clínica. Doy consentimiento para recibir múltiples mensajes al día de mi proveedor de atención clínica, en caso necesario. Doy consentimiento para dejar mensajes detallados en mi buzón de voz, contestadora o a otro individuo si no puedo contestar al teléfono cuyo número proporcioné.

**VISITAS TELESALUD O TELEMEDICINA:** Si el paciente participa en una visita de Telesalud o Telemedicina, el Proveedor médico adquirirá del paciente el consentimiento para recibir los servicios de Telehealth y lo documentará en las notas como parte de la visita.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE, EN INGLÉS); RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL ESTADO:** Reconozco haber recibido y entendido el Aviso de Prácticas sobre Información Médica respecto a la participación de Dignity Health en Health Current, del Intercambio Estatal de Información Médica (HIE) o que recibí previamente dicha información y rechazo otra copia.

He leído y entiendo la información arriba.

---

Firma de Garante/Persona responsable

---

Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

F. DE NAC.: \_\_\_\_\_

## Evaluación de la salud

**ALERGIAS/REACCIONES:**


**MEDICAMENTOS: INCLUYENDO SUPLEMENTOS, NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS Y FRECUENCIA.**

Nombre	Dosis	Frecuencia

**Enfermedad médica:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor/masa suprarrenal<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Angina<br><input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Arritmia<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Dolor de espalda<br><input type="checkbox"/> Coágulos de sangre<br><input type="checkbox"/> Presión arterial <small>Alta/Baja</small><br><input type="checkbox"/> Infecciones óseas<br><input type="checkbox"/> Problemas de intestino<br><input type="checkbox"/> Cáncer*<br><input type="checkbox"/> Varicela<br><input type="checkbox"/> Pólipos de colon<br><input type="checkbox"/> Conmoción cerebral<br><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones<br><input type="checkbox"/> Desmayos<br><input type="checkbox"/> Cálculos biliares<br><input type="checkbox"/> Gota<br><input type="checkbox"/> Ataque cardíaco<br><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco<br><input type="checkbox"/> Hemofilia/Sangrado anormal<br><input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Hernia de hiato<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA<br><input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Enfermedad renal<br><input type="checkbox"/> Cálculos renales<br><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar<br><input type="checkbox"/> Enfermedad linfática<br><input type="checkbox"/> Mononucleosis<br><input type="checkbox"/> Trastorno neurológico<br><input type="checkbox"/> Tumor/masa de páncreas |
|---|--|

**Cirugías:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parkinson<br><input type="checkbox"/> Tumor/masa de la pituitaria<br><input type="checkbox"/> Neumonía<br><input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata<br><input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos<br><input type="checkbox"/> Alergias estacionales/ fiebre del heno<br><input type="checkbox"/> ETS _____<br><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar<br><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides<br><input type="checkbox"/> Tumor/masa<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis/Exposición<br><input type="checkbox"/> Úlceras<br><input type="checkbox"/> Fiebre del valle<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Apéndice<br><input type="checkbox"/> Cirugía de espalda<br><input type="checkbox"/> Biopsia de mama<br><input type="checkbox"/> Cardíaca<br><input type="checkbox"/> Pólipos de colon<br><input type="checkbox"/> Vesícula biliar<br><input type="checkbox"/> Hemorroides<br><input type="checkbox"/> Hernia <small>(umbilical o inguinal)</small><br><input type="checkbox"/> Histerectomía<br><input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación<br><input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla<br><input type="checkbox"/> De ovarios<br><input type="checkbox"/> Próstata<br><input type="checkbox"/> Cirugía de hombro<br><input type="checkbox"/> Biopsia de la piel<br><input type="checkbox"/> Esplenectomía<br><input type="checkbox"/> Tiroides<br><input type="checkbox"/> Amigdalectomía<br><input type="checkbox"/> Vasectomía<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|--|

**Antecedentes de cáncer\*:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mama<br><input type="checkbox"/> Colon<br><input type="checkbox"/> Pulmón | <input type="checkbox"/> Próstata<br><input type="checkbox"/> Ovario<br><input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Estómago<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|---|---|

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

F. DE NAC.: \_\_\_\_\_

## Evaluación de la salud

Complete la siguiente información sobre la familia biológica del paciente.

 Si la historia familiar biológica es desconocida, marque aquí: 

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Problema	Madre biológica/tipo	Padre biológico/tipo	Hermanos biológicos/tipo
Retrasos de desarrollo			
Diabetes			
Problemas cardíacos			
Enfermedad renal			
Problemas de tiroides			
Accidente cerebrovascular			
Enfermedad hepática			
Colesterol alto			
Convulsiones/Epilepsia			
Soplo cardíaco			
Enfermedad psiquiátrica			
Cáncer/tipo			
Reflujo gástrico			
Artritis			
Otro			

**Antecedentes obstétricos:**

# Embarazos \_\_\_\_\_ # Partos \_\_\_\_\_

# Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ # Abortos \_\_\_\_\_

Anticoncepción/tipo: \_\_\_\_\_

Menarquia (edad en que comenzó la menstruación) \_\_\_\_\_

Fecha del último período menstrual \_\_\_\_\_

**Profesionales clínicos que ve:**

Incluya el nombre, la especialidad y el número de teléfono.

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vacuna(s) y fecha:**

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Tétanos                            | _____ |
| <input type="checkbox"/> TDAP (Tétanos/Difteria/Tos ferina) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas y rubéola) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela                           | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro:                              | _____ |

**Información de la farmacia\*:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Farmacia de pedidos por correo: \_\_\_\_\_

\*Si son múltiples, use el espacio para enumerar cualquier/todas las farmacias preferidas

**Laboratorio de preferencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

 ¿Tiene una directiva avanzada (testamento en vida y/o poder médico duradero)?  Sí  No

**SOLO PARA USO INTERNO**

Fecha:	N.º de historia clínica:
--------	--------------------------

Directivas anticipadas: <input type="checkbox"/> El paciente se negó	<input type="checkbox"/> Escaneado en el registro	<input type="checkbox"/> El paciente completó la DA en casa
<input type="checkbox"/> Se proporcionó el folleto informativo de las DA		<input type="checkbox"/> El paciente solicitó más información

## Cuestionario de examen de detección anual

CUIDADO PREVENTIVO				
Fecha de la última vacuna contra la gripe:		(Edades 65+) Vacuna contra la neumonía (año/tipo):		
(Edades 50+) prueba de cáncer colorrectal (tipo/año/resultado):	Tipo: Año:      Resultado:	(Edades 65+) Densidad ósea:	Fecha:	
¿Ve a un ginecólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C		Si es así, nombre:		
Mamografía (Edades 50+):	Resultados:	Fecha de la última vez:	Ubicación:	
Prueba de Papanicolaou: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C		Fecha de la última vez:	¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HÁBITOS SOCIALES				
¿Ha usado alguna vez productos de tabaco/nicotina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Usa actualmente tabaco/nicotina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos años?		
Fecha en que dejó el tabaco/nicotina, si corresponde:		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha usado productos de THC (marihuana o CBD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Usuario actual de THC (marihuana o CBD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos años?		
Fecha en que dejó el THC (marihuana o CBD), si es aplicable:		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Cuánto/Con qué frecuencia?		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Hace ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿con qué frecuencia?		
¿Usa cafeína? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿con qué frecuencia?		
¿Bebe refrescos u otras bebidas azucaradas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿con qué frecuencia?		
¿Utiliza drogas ilícitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Cuánto/Con qué frecuencia?		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS -- 65 AÑOS Y MÁS				
¿Ha tenido una caída en el último año?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es así, ¿cuántas caídas?		<input type="checkbox"/> 1 sin lesión <input type="checkbox"/> 1 con lesión <input type="checkbox"/> 2+ (con/sin lesión)		
¿Camina inestablemente o pide ayuda?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia (es decir: bastón, andador, silla de ruedas)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____		
EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN PHQ-9 (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO APROPIADO PARA SU RESPUESTA)				
¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Ninguna	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Siente poco interés o agrado en hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Se siente desanimado, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3
Problemas para quedarse dormido, permanecer dormido o dormir demasiado.	0	1	2	3
Sentir cansancio o falta de energía.	0	1	2	3
Disminución del apetito o sobrealimentación.	0	1	2	3
Falta de conformidad con uno mismo o sentimiento de fracaso o de haber decepcionado a su familia.	0	1	2	3
Problemas de concentración; como por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
¿Se desplaza o habla tan despacio que otros lo notan? O bien, lo contrario; estar inquieto o alterado, de manera que se desplaza de un lugar a otro más de lo normal.	0	1	2	3
Pensamientos sobre que estaría mejor muerto o deseos de lastimarse a sí mismo de alguna manera.	0	1	2	3
Total =				
¿Qué tan difícil le han resultado esos problemas para hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?		<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Bastante difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil		
¿Tiene actualmente problemas para conseguir comida, transporte o una vivienda asequible?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Personal: Si la respuesta es "Sí", proporcione el formulario 10 SDOH completo al paciente.		
¿Tiene problemas para obtener sus recetas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RECIBO: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD

Con vigencia a partir del 14 de abril del 2003, la ley requiere que Dignity Health Medical Group proporcione al paciente una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad sobre información de salud. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la siguiente visita para tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce que recibió tal aviso como paciente, representante del paciente o su agente debidamente autorizado, o como individuo quien participa en la atención médica del paciente.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Expediente clínico # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si no firma el paciente, escriba el nombre del firmante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

### For Official Use

I provided a copy of the NPP to the patient (or personal representative) but was unable to obtain his or her written acknowledgment of receipt of such for the following reasons:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have attempted to provide to the patient (or personal representative) a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature of Medical Group Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_



## Aviso conjunto sobre las prácticas de privacidad para la información médica

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. LÉALO CON ATENCIÓN.**

### ¿QUIÉNES DEBEN CUMPLIR ESTE AVISO?

Nosotros (el centro) le brindamos a usted (el paciente) atención de salud a través de los médicos y muchos otros proveedores de servicios de salud (a los que se denominan nosotros o nuestro). Éste es un aviso conjunto sobre nuestras prácticas de privacidad de la información. Las siguientes personas o grupos deben cumplir este aviso:

- Cualquier proveedor de servicios de salud que venga a nuestros centros a atenderlo. Dichos profesionales incluyen médicos, enfermeras, técnicos y asistentes médicos, entre otros.
- Todos los departamentos y unidades de nuestra organización, que incluyen enfermería especializada, servicios de atención domiciliaria, clínicas y servicios ambulatorios, unidades móviles, centros de cuidados paliativos y el Departamento de Urgencias.
- Nuestros empleados, estudiantes y voluntarios, incluidas las oficinas de apoyo regional y las empresas afiliadas.
- Los socios empresariales independientes que trabajan en nuestro nombre para ayudar a proporcionarle los instrumentos de tecnología y asistirlo con las operaciones de atención a la salud.

### NUESTRO COMPROMISO HACIA USTED

Entendemos que su información médica es privada y personal, y estamos comprometidos a protegerla. Los hospitales, los médicos y otro tipo de personal crean un registro cada vez que realiza una visita. Este aviso se aplica a los registros de atención en el centro, ya sea si fueron creados por el personal del hospital o por su médico. Su médico y otros proveedores de servicios de salud pueden tener diferentes prácticas o avisos con respecto a usar y compartir la información médica en sus propias consultas o clínicas. Con gusto le explicaremos este aviso a usted o a su familia.

La ley nos exige:

- resguardar la privacidad de su información médica;
- entregarle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- notificarle tal como se establece en la ley federal y estatal si se ha puesto en peligro la seguridad de su información médica;
- cumplir los términos del aviso que está vigente.

### CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Esta sección de nuestro aviso indica la manera en que podemos usar su información médica. En todos los casos no cubiertos por este aviso, le pediremos un permiso escrito antes de usar o compartir su información médica. Le pediremos su permiso por escrito antes de que usemos o compartamos su información médica por cualquiera de los siguientes motivos:

- marketing un producto o servicio no relacionado con el tratamiento para usted o cuando se nos paga para que le hagamos marketing;
- avisos especiales sobre usted realizados por terapeutas y consejeros que no forman parte de su registro médico;
- la venta de su información médica.

Más adelante usted puede cancelar su permiso notificándonos por escrito.

Protegeremos su información médica tanto como lo permita ley. A veces la ley estatal proporciona mayor protección a la información médica que la federal. Y a veces, ocurre lo contrario. En cada caso, aplicaremos la ley que mejor proteja su información médica

Dignity Health es un sistema de salud extenso. Podemos usar o compartir su información médica (en forma electrónica o impresa) con el personal hospitalario, incluidos médicos de cualquier hospital o centro de Dignity Health para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Comuníquese con la Oficina de Cumplimiento del centro (la dirección se encuentra más abajo) para obtener una lista de todos los centros de Dignity Health.

### **EJEMPLOS:**

**Tratamiento:** Usaremos y compartiremos su información médica para fines de tratamiento. Un ejemplo es cuando se envía información médica sobre usted a su médico o a un especialista al derivarlo.

**Pago:** Usaremos y compartiremos su información médica de manera que podamos recibir el pago por atenderlo. Un ejemplo es cuando se entrega información sobre usted a su plan de salud o a Medicare.

**Operaciones de atención de salud:** Usaremos y compartiremos su información médica para nuestras operaciones de atención de salud. Algunos ejemplos incluyen cuando se usa información sobre usted para mejorar la calidad de la atención que le brindamos, para programas de control de enfermedades, para encuestas de satisfacción del paciente, para reunir información médica, para eliminar cualquier identificación en la información médica y para la evaluación comparativa.

**Recordatorios de citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas.

**Servicios y productos basados en Internet:** Trabajando con un tercero podríamos ofrecerle productos o servicios basados en Internet que le permitan:

- jar citas
- reducir los tiempos de espera en nuestras salas de urgencia
- ayudarlo a encontrar a un médico u ofrecerle acceso a su información médica.

**Opciones de tratamiento, beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre opciones de tratamiento posible, servicios o beneficios relacionados con la salud que podría desear.

**Actividades de recaudación de fondos:** Podemos usar información limitada para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos. También podemos compartir dicha información con nuestra fundación de recaudación de fondos. Puede elegir no recibir solicitudes o contactos para recaudación de fondos.

**Investigación:** Podemos compartir su información médica para proyectos de investigación como, por ejemplo, el estudio de la eficacia del tratamiento que recibió. Generalmente le pediremos su permiso por escrito para usar o compartir su información médica para fines de investigación. Según ciertas circunstancias podemos compartir su información médica sin su permiso por escrito. Sin embargo, estos proyectos de investigación, deben pasar por un proceso especial que protege la confidencialidad de su información médica.

**Directorio del establecimiento:** A menos que nos diga lo contrario, podemos incluir su nombre, ubicación en el hospital, estado de salud general (bueno, regular, etc.) y su religión en nuestro directorio. Le entregaremos dicha información (excepto su religión) a cualquier persona que pregunte por usted por su nombre. La información de su religión se la entregaremos sólo a los miembros del clero respectivo.

**Salud pública:** Podemos divulgar su información de salud según lo permitido o exigido por ley a autoridades de salud públicas o agencias gubernamentales cuyas actividades oficiales incluyan la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo, debemos informar cierta información sobre, nacimientos, fallecimientos y diversas enfermedades a las agencias gubernamentales. Podemos usar su información de salud con el propósito de informar a las agencias de control cualquier reacción a medicamentos o problemas con dispositivos médicos. Además, podemos divulgar, cuando se nos solicite, su información a agencias de salud públicas que mantienen registros de brotes de enfermedades contagiosas o que participan en la prevención de epidemias.

**Según lo exige la ley:** A veces, la ley nos exige que demos a conocer cierta información. Por ejemplo, debemos informar sobre agresiones, abusos o negligencias. También debemos entregar información a su empleador sobre enfermedades, lesiones relacionadas con el trabajo o sobre supervisión médica en el lugar de trabajo. Otro ejemplo es que compartiremos información sobre tumores con el registro de tumores estatal.

**Seguridad pública:** Podemos, y a veces estamos obligados a compartir su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos compartir su información médica para actividades de supervisión cuando sea permitido por la ley. Por ejemplo, actividades de supervisión incluyen inspecciones o investigaciones de auditoría. Estas actividades que son necesarias para la revisión de los sistemas de atención a la salud gubernamentales y programas del gobierno.

**Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos compartir información médica sobre pacientes fallecidos con los jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias para identificar a la persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas según estén permitidas.

**Donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir información médica con organizaciones que manejan la donación o trasplante de órganos, córnea o tejidos.

**Militares, veteranos, seguridad nacional y otros propósitos de gobierno:** Podemos usar o compartir su información médica para fines de seguridad nacional, actividades de inteligencia o servicios de protección del presidente u otras personas determinadas según lo permita la ley. Podemos compartir su información médica con el ejército para propósitos de mando militar cuando usted sea miembro de las fuerzas armadas.

Podemos compartir información médica con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para la investigación o determinación de nuestro cumplimiento con la HIPAA.

**Procedimientos judiciales:** Podemos usar o compartir su información médica en respuesta a órdenes judiciales o citaciones sólo cuando hayamos seguido los procedimientos exigidos por la ley.

**Cumplimiento de la ley en Arizona y Nevada:** Podemos compartir su información médica con la policía u otras autoridades cuando lo autoriza o exige la ley federal y estatal. Por ejemplo, si la policía presenta una orden de registro u orden de un tribunal, debemos presentar la información solicitada.

**Cumplimiento de la ley en California:** Podemos compartir su información médica con la policía (u otras autoridades) sin su permiso por escrito:

- Si la policía lo lleva al hospital y pide que se le realice un examen de sangre para detectar abuso de alcohol o sustancias adictivas.
- Si la policía presenta una orden de registro.
- Si la policía presenta una orden de un tribunal.
- Para denunciar abuso, negligencia o agresión según lo exige o permite la ley.
- Para denunciar ciertas amenazas a terceros.
- Si está bajo custodia policial o es recluso de una institución correccional y la información es necesaria para proporcionarle atención de salud; para proteger su salud y seguridad, la salud y seguridad de otros o la seguridad de la institución correccional.

**Familiares y otras personas que participan en su atención:** A menos que nos indique lo contrario, podemos compartir su información médica con amigos, familiares u otros que usted haya indicado como personas que ayudan en su atención o que pueden tomar decisiones en su nombre sobre su atención a la salud.

**Para fines de ayuda en casos de desastre:** Podemos divulgar y compartir su información médica con organizaciones públicas o privadas que brindan socorro en casos de desastre de modo que su familia pueda ser notificada acerca de su ubicación y estado en caso de desastre u otra emergencia. También podemos utilizarlo para asistir en la coordinación de la ayuda en casos de desastre.

**Divulgación y compilación electrónica de su información:** Podemos participar o hacer posible la divulgación o compilación electrónica de información de salud. Esto ayuda a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención a la salud dentro de un área geográfica o comunidad a proporcionarle atención de calidad. Si viaja o

necesita tratamiento médico, esto le permite a otros médicos u hospitales contactarnos por medios electrónicos con respecto a usted. Todo esto nos ayuda a manejar su atención cuando participa más de un médico. También nos ayuda a mantener bajas sus facturas por atención a la salud (evitar repetir análisis de laboratorio). Y por último nos ayuda a mejorar la calidad de atención en general que le proporcionamos a usted y a otros. Nosotros participamos de la Ley de atención asequible y podemos usar y compartir información según esté permitido para lograr los objetivos nacionales relacionados con el uso significativo de los sistemas de salud electrónicos.

También podemos poner su información a disposición de los planes de salud, médicos, hospitales y proveedores de atención médica, a través del intercambio electrónico de información de salud (Health Information Exchange, HIE) que se identifica a continuación. Si no desea que su información esté disponible en un HIE en particular, puede “excluirse”, ingresando al sitio web del HIE y siguiendo las instrucciones para excluirse.

Health Current (formerly HINAz) <https://healthcurrent.org/hie-participants/patient-rights-process/>. Si decide excluirse, el HIE no permitirá que ninguno de sus participantes, incluyendo a los proveedores médicos de emergencia, accedan a su información electrónica a través del HIE.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

**Solicitar su información:** En la mayoría de los casos, cuando usted lo solicita por escrito, puede leer u obtener una copia de su información médica ya sea en formato electrónico o impreso. También puede solicitar que le enviemos copias electrónicas directamente a una persona o entidad elegida por usted. Le entregaremos un formulario para que lo llene para presentar su solicitud. Usted puede ver su información médica sin costo. Si solicita copias impresas o electrónicas de la información le podemos cobrar una tarifa. Si rechazamos su solicitud de leer la información u obtener una copia de ella, puede pedirnos por escrito que reconsideremos dicha decisión.

**Corregir su información:** Si cree que su información está incorrecta o que falta información, nos puede pedir por escrito que corrijamos los registros. Le entregaremos un formulario para que lo llene para presentar su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de corregir un registro si la información no la creamos nosotros, no la tenemos en nuestro poder o determinamos que el registro está completo y correcto. Si ello sucede, puede pedirnos por escrito que reconsideremos las razones del rechazo.

**Obtener una lista de ciertas divulgaciones de información:** Usted puede pedir por escrito una lista de todas las veces que hemos compartido su información médica durante los últimos seis años. Su solicitud debe realizarse por escrito y establecer el período de tiempo de dicha lista. La primera solicitud en un período de 12 meses no tiene costo. Le cobraremos por cualquier solicitud adicional por el costo de preparar la lista. Le entregaremos un estimado del costo cuando solicite la lista adicional.

**Restringir la manera en que usamos o compartimos su información:** Usted puede pedir que la información médica se le entregue de manera confidencial. Nos debe decir por escrito la manera o lugar exactos en que podemos comunicarnos con usted.

También nos puede pedir por escrito que restrinjamos el uso o divulgación de su información médica. Por ejemplo, nos puede pedir que usemos o compartamos su información médica sólo con las personas que participan en su atención. Cada vez que presente una solicitud por escrito, consideraremos su solicitud y le informaremos por escrito nuestra decisión de aceptar o negar la misma. La ley nos obliga a aceptar solamente un tipo de solicitud de restricción: si nos ha pagado la totalidad de su procedimiento de salud o artículo por el cual se le facturaría normalmente a su plan de salud, debemos aceptar su solicitud de no compartir la información sobre ese procedimiento o artículo con su plan de salud.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

De vez en cuando podemos modificar nuestras prácticas de privacidad. Los cambios se aplicarán a la información médica actual, así como a la nueva información después de que ocurra el cambio. Si realizamos un cambio importante, cambiaremos nuestro aviso. También publicaremos el nuevo aviso en nuestros establecimientos y en nuestro sitio Web: [www.DignityHealth.org/privacy](http://www.DignityHealth.org/privacy). Usted puede pedir por escrito una copia de este aviso en cualquier momento, comunicándose con la Oficina de Cumplimiento de Dignity

Health. Si nuestro aviso ha cambiado, le entregaremos una copia la próxima vez que se registre para tratamiento.

**¿TIENE DUDAS O RECLAMOS?**

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 800.443.1986 o por correo electrónico a [privacy.office@dignityhealth.org](mailto:privacy.office@dignityhealth.org). Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

**St. Joseph's Medical Center**

**Oficina de Cumplimiento de Dignity Health**

No telefónico de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health: **800.443.1986**

No de fax de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health: **415.591.6279**

Versión vigente a partir de: enero 22, 2018

## Información útil sobre la visita a su proveedor

### 1. Traiga lo siguiente a su cita:

- Documento de identidad con foto
- Tarjeta del seguro
- Copago (de haberlo)
- Lista de medicamentos actuales

### 2. Instrucciones al llegar

Favor de llegar entre 15 y 30 minutos antes de su cita para poder estacionarse y llenar papeles.

### 3. Obtener autorización previa del seguro y remisiones

Muchos planes de seguro exigen una autorización previa antes de que pueda examinarlo un especialista. Le agradecemos consultar con su compañía de seguros para ver si su plan lo requiere antes de que venga a su consulta. El consultorio de su proveedor tiene una persona que se encarga de las autorizaciones previas y podrá responder cualquiera de sus preguntas. La autorización debe recibirse antes de la cita programada. Si no obtiene autorización previa ni remisión, podría ser necesario que se re programe la consulta para una fecha posterior. Le agradecemos comunicarse con su compañía de seguros para obtener más información.

### 4. Comunicaciones telefónicas

Los teléfonos de la clínica se atienden solamente de lunes a viernes de las 7 a.m. a las 6 p.m. Nuestro personal se encuentra preparado para contestar sus preguntas generales y pueden pasar las llamadas al personal que le corresponden. Fuera del horario de trabajo y los fines de semana o los días feriados, lo atenderá nuestro servicio de contestador. Si es necesario, ellos se pondrán en contacto con el proveedor de guardia. Para casos de emergencia médica en los que la vida corra peligro, le agradecemos llamar de inmediato al 9-1-1 para activar su Servicio de Emergencia Médica local.

### 5. Comunicación por escrito

Le agradecemos no enviar por fax ninguna comunicación urgente, ni preguntas para obtener consejo médico urgente.

### 6. Comunicaciones electrónicas

Dignity Health Medical Group usa un portal electrónico para pacientes. Al programar su

consulta, le pedirán que facilite una dirección de correo electrónico con la finalidad de afiliarlo. Por favor, hable acerca del procedimiento para comunicaciones electrónicas seguras con su médico individual o con el asistente del médico.

### 7. Preguntas médicas

Le agradecemos llamar directamente al consultorio para hablar de sus inquietudes sobre su afección médica o si tiene preguntas sobre sus medicamentos o resultados de laboratorio. Si su llamada es por una emergencia, llame al número principal e informe al personal que requiere asistencia urgente.

RECUERDE, no espere que el consultorio le devuelva la llamada si se trata de una emergencia médica real. En vez de eso, llame al 9-1-1 para activar su Servicio de Emergencia Médica local.

### 8. Recordatorio de citas

Recibirá un mensaje automático de texto, un correo electrónico o una llamada telefónica para recordarle sus citas. Escuche el mensaje y seleccione una de las siguientes opciones:

- Marque 1 para confirmar su cita
- Marque el 2 para volver a escuchar este mensaje.
- Marque el 3 para cancelar o volver a programar la cita
- Marque el 4 para información sobre cómo llegar al consultorio

Si no desea recibir un recordatorio de su cita, por favor avise al personal administrativo.

### 9. Cancelación de citas programadas

Si necesitara cancelar o reprogramar una cita, le pedimos que amablemente nos avise tan pronto como sea posible, y con una anticipación no menor de 24 horas al momento programado de la cita, para que podamos reprogramar su cita y ofrecer el turno disponible a otro paciente. Si se le hace tarde para llegar a su cita, puede ser necesario reprogramarla. Múltiples cancelaciones o falta de acudir a las citas afectará nuestra capacidad para brindarle atención médica.

## 10. Resurtir medicamentos

Para volver a surtir medicamentos recetados por un médico de este consultorio únicamente, por favor solicite a su farmacia que envíe por fax una solicitud de reposición en forma directa a nuestro consultorio. Es importante que no se le acaben los medicamentos recetados. Le agradecemos planificar las reposiciones con antelación y dejar que transcurran 3 días laborales para que se procesen las solicitudes de reposición enviadas por fax y se devuelvan a la farmacia. Recuerde que las recetas de ciertas sustancias reguladas requieren una copia impresa de la receta que no puede dictarse por teléfono ni enviarse por fax. Es política de nuestros médicos no reponer recetas de sustancias reguladas de nuestras prácticas asociadas; por consiguiente, usted debe obtener dichas recetas de su médico particular.

## 11. Órdenes de pruebas y resultados

Quizá su médico ordene pruebas diagnósticas como parte de su evaluación y cuidado. Algunas compañías de seguros exigen autorización y aprobación previas antes de que pueda programarse su prueba. Su médico emitirá órdenes de estas pruebas por escrito y el personal de nuestro Departamento de Remisiones y Autorizaciones introducirá las notas clínicas del médico y obtendrá la debida autorización de su compañía de seguros antes de que pueda programarse su prueba. También prestarán asistencia para programarle estas pruebas. Si tiene alguna pregunta relacionada con este proceso llame al 602.406.3464 (DHMG). Al recibir los resultados, el consultorio hará arreglos para entregarle los resultados, la mayoría de los cuales pueden estar disponibles dentro de 3 semanas después de la prueba en el portal de pacientes en Internet.

## 12. Historias clínicas

No podemos divulgar su expediente clínico sin que usted firme una autorización. Si usted necesita una copia de su expediente de Dignity Health Medical Group, deberá firmar una autorización. Algunos archivos estarán disponibles en el portal de pacientes en Internet.

También puede recoger una copia de su expediente. Favor de tener en cuenta que se le puede cobrar una tarifa por el servicio. Si requiere copias de su expediente, le agradecemos llamar al 602.406.8988. Al recibir la autorización firmada, se le enviará por correo la copia de su expediente dentro de dos semanas. Si tiene alguna pregunta, por favor hágala al personal del consultorio.

Por favor tenga en cuenta que se puede requerir que llene o firme autorizaciones adicionales para que obtengamos su expediente de otro consultorio.

Si necesita su expediente de otro hospital de Dignity Health, incluidos los resultados de radiología o pruebas de laboratorio, por favor llame directamente al hospital y comuníquese con el departamento de información de salud (Health Information Department).

## 13. Consultas de facturación

Al momento de su consulta, debe pagar las tarifas por servicios, incluyendo el copago del seguro. Los pacientes asumen cualquier servicio que sus planes califiquen como “no cubierto”. Si tiene preguntas sobre una factura recibida que se emitió desde nuestro consultorio y de la consulta médica o el procedimiento que se realizó, le agradecemos comunicarse con nuestro Departamento de Facturación por el 866.621.7272.

## 14. Descuento por pago puntual

Si no tiene seguro o su compañía no cubre determinados servicios, tiene una opción de pagar un arancel reducido en efectivo el día de su cita. Este programa se llama Descuento por pago puntual. Para obtener más información y ver si cumple los requisitos para dicho programa, le agradecemos comunicarse con la oficina principal.

## 15. Encuesta de satisfacción del paciente

Aquí en Dignity Health Medical Group, nos esforzamos por brindar una experiencia excepcional para el paciente. Le agradecemos esperar que reciba una encuesta por correo electrónico o postal entre una y cuatro semanas después de su consulta, para hacerle preguntas sobre su consulta. Su respuesta es confidencial y agradecemos sus comentarios. Nos esforzamos por brindar un servicio con respecto al cual usted se encuentre completamente de acuerdo en que Dignity Health Medical Group brinda una excepcional atención al paciente.

Si tiene alguna pregunta, le agradecemos que hable con su médico o con alguno de los miembros del personal.

**¡Esperamos brindarle atención médica a usted y a toda su familia!**