



INFORMACIÓN ÚTIL ANTES DE SU PRIMERA CITA:

- Por favor, asegúrese de llenar el paquete lo mas completo posible. Ud puede traer el paquete con ud a la cita o lo puede mandar por fax antes de su cita.
- Por favor llegue 15 minutos antes de su cita para que podamos registrarle en el ordenador y para que pueda completar cualquier papeleo pendiente, antes de que el proveedor lo pueda ver.
- Favor de traer su identificación con fotografía.
- Favor de traer su tarjeta de seguro médico. (Si usted tiene seguro médico).
- Los copagos, deducibles y cualquier otra cantidad que se deba son requeridos en el momento del servicio.
- Por favor traiga todos sus medicamentos a la cita.
- Ya puede solicitar citas en línea!
Visite nuestro sitio web en: www.metroplexmedicalcentres.com

Gracias por elegir a
Metroplex Medical Centres!
Donde su cuidado de la salud es lo primero

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355

**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

REGISTRO DE PACIENTE

Información del paciente				
Nombre		Apellido		Segundo nombre
Dirección		Apto.	Ciudad	Estado
Número de teléfono	Telefono Residencial	Telefono de Trabajo		Telefono Celular
Algun otro nombre		Correo electronico		
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Nº De Licencia para Conducir	Ocupacion	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja Domestica	Preferred Contact <input type="checkbox"/> Telefono Residencial <input type="checkbox"/> Telefono Trabajo <input type="checkbox"/> Telefono Celular <input type="checkbox"/> Telefono Otro	Idioma Preferida <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Indios Americanos, o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negros/Afroamericanos <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro	
Como supo usted de nuestra Clinica?				
Parte Responsable (Garante) <input type="checkbox"/> Igual que paciente				
Nombre		Apellido		Segundo nombre
Dirección		Apto.	Ciudad	Estado
Número de teléfono	Telefono Residencial	Telefono de Trabajo		Telefono Celular
Número de seguro social	Relacion con Paciente	Nº De Licencia para Conducir	Idioma Preferida	
Contacto de Emergencia				
Nombre		Apellido		Segundo nombre
Dirección		Apto.	Ciudad	Estado
Número de teléfono	Telefono Residencial	Telefono de Trabajo		Telefono Celular
Yo/Nosotros autorizamos y consentimos la realizacion de todos los tratamientos, cirugias y servicios medicos recomendados por los medicos y personal de Griego Family Medical Centre para mi o el menor anteriormente mencionado del cual yo soy el padre, madre o tutor legal. Certifico que, a mi entender, todas las declaraciones contenidas son verdaderas. Yo entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios medicos para mi y para mi cargo independientemente de la cobertura del seguro, excluyendo solo servicios cubiertos autorizados bajo un contrato HMO prepagado. Yo ademas acepto pagar interes legal, costos de recoleccion, y los honorarios de los abogados que se incurran para recolectar cualquier cantidad que yo deba. Yo tambien autorizo mi grupo medico afiliado con Griego Family Medical Centre a que entregue informacion solicitada por la compania de seguros y/o sus representantes. Comprendo perfectamente que este acuerdo y el consentimiento continuaran hasta que sean revocados por mi por escrito.				
Firma del Paciente/Parte Responsable			Fecha	
Nombre del Paciente/Parte Responsable			Relacion con Paciente	

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355

**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

ASIGNACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO/ELEGIBILIDAD

Seguro Primario

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Póliza	
Dirección del Seguro			Teléfono
Nombre del Suscriptor		Relación con Paciente	
Número del Seguro Social del suscriptor		Fecha de Nacimiento del Suscriptor	
Empresa donde trabaja el suscriptor		Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo			

Para los Pacientes de Medicare Solamente:

Nº del Reclamación de Seguro de Salud	Fecha Efectiva Parte A	Fecha Efectiva Parte B
---------------------------------------	------------------------	------------------------

Otras Coberturas de Seguro del Paciente

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Póliza	
Dirección del Seguro			Teléfono
Nombre del Suscriptor		Relación con Paciente	
Número del Seguro Social del suscriptor		Fecha de Nacimiento del Suscriptor	
Empresa donde trabaja el suscriptor		Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo			

Por la presente autorizo y solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare/u otros beneficios de seguro a mi nombre sean pagados directamente a Griego Family Medical Centre para cualquier servicio médico o quirúrgico prestado por sus grupos médicos afiliados, a mí o a un miembro de mi familia. Autorizo al titular de mi información medica u otra información a que la libere a la Administración de la Seguridad Social, Administración de Financiamiento de Servicios de Salud, sus agentes o portadores, o la compañía de seguros cualquier información necesaria para que este o un reclamo relacionado de beneficios de Medicare u otro seguro para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. Tengo entendido que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otro partidario que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento.

Yo entiendo que soy elegible para beneficios de la fecha mediante mi póliza de HMO. Tengo entendido que mi IPA/grupo medico elegido para mis beneficios es un grupo medico afiliado con Griego Family Medical Centre mencionado anteriormente. Estoy consciente de que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí) soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios proporcionados. Estoy de acuerdo en que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí), pagara la totalidad de estos cargos.

Firma del paciente/Parte Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Parte Responsable (en letra de imprenta)

Relación con Paciente

Plaza Medical Centre
700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre
2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

POLÍTICAS DE OFICINA Y PERMISO DE COMUNICACIÓN

Por favor use letra de imprenta y complete todas las secciones a continuación

POLÍTICAS DE OFICINA:

Debido a que estamos sujetos a las crecientes demandas de atención administrada, se ha hecho necesario modificar nuestras políticas de oficina. Nuestras políticas de oficina son las siguientes:

1. **No se dan resultados por teléfono.** Porque valoramos a nuestros pacientes y para darles la mejor atención posible, preferimos que nuestros pacientes hagan una cita de seguimiento para todos los resultados anormales. Esto es necesario para asegurar que los pacientes entiendan los resultados y para discutir el tratamiento más profundo y para hacer las pruebas de diagnóstico necesarias. Los resultados anormales no se pueden dar por teléfono.
2. **Regreso de llamadas telefónicas.** A medida que nuestros proveedores atienden numerosas cantidades de pacientes durante el día, es muy difícil para ellos regresar llamadas telefónicas durante las horas regulares. Le pedimos que usted nos permita 24 horas para regresarle su llamada telefónica con la excepción de las llamadas de emergencias. No cobramos por las llamadas telefónicas, ya que es una cortesía para nuestros pacientes. **Si está experimentando una situación amenazante de vida, por favor llame a la sala de emergencias para evaluación inmediata.**
3. **Si llega tarde.** Los pacientes que llegan tarde a su cita programada se les verá lo más antes posible. Sin embargo, si otro paciente con una cita programada llega al mismo tiempo, se le verá primero.
4. **Hacemos Reclamación de seguro como un acuerdo contractual y como cortesía.** Sin embargo, si no recibimos el pago de la compañía de seguros dentro de los 90 días, se convierte en la responsabilidad del paciente, y el paciente se le cobrará.

CORREO ELECTRÓNICO:

Nos gustaría permiso de usar su correo electrónico y / o su número de teléfono celular para proporcionarle confirmaciones de citas futuras, artículos educativos y cualquier otra información de la Metroplex Medical Centres.

Entiendo que la información anterior se mantiene como privado y confidencial, y doy permiso para que la Metroplex Medical Centres me mande correos electrónicos y / o textos de celular según sea necesario.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono Celular:** _____

Firma del Paciente: _____

Yo he leído y entendido las políticas descritas anteriormente.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

Acuerdo Financiero

Todos los pacientes deben leer y firmar este acuerdo antes de recibir servicios

Gracias por haber elegido a Metroplex Medical Centres para el cuidado de su salud. Estamos comprometidos a proveerle servicios de gran excelencia a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted tenga una comprensión sobre nuestra póliza sobre el pago de nuestros servicios. Por favor llame a nuestro departamento de cobros si tiene alguna pregunta. Puede llamar al (214)580-7277.

SEGUROS (PPO/POS/Comercial/Medicare Advantage Plans) Todo los co- pagos se deben hacer al momento del servicio. Somos miembros de la mayoría de seguro pero no todos los planes. Usted es responsable de verificar que somos proveedores de su plan. Usted es responsable de los co-pagos, deducibles y co- seguros de su plan. Nosotros reservamos el derecho a cobrar el pago antes de cualquier tratamiento. Usted es responsable de cualquier servicio negado por su seguro como un servicio no cubierto.

SEGURO HMO: Todos los co- pagos se deben hacer al momento del servicio. Nosotros le ayudaremos con referencias como según las indicaciones de su plan.

MEDICARE: Nosotros aceptamos la asignación de Medicare. Como paciente de Medicare, usted es responsable sólo por la diferencia entre la cantidad aprobada y la cantidad que paga Medicare, y por su deducible. Si usted tiene un seguro suplementario por favor proporcione una copia su tarjeta y nosotros el mandarnos la facturar por usted. Usted recibirá una factura después de su seguro ha pagado si hay cualquier saldo

SI NO TIENE SEGURO MEDICO/PAGO POR VISITA: El pago es debido en su totalidad al momento del servicio. Si usted no puede pagar el saldo completo, usted debe ver a un representante del paciente para hacer otros arreglos.

TRATAMIENTO PARA UN NIÑO MENOR DE EDAD: Un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes que son menores de edad (menores de 18 años de edad). El adulto acompañante es responsable del pago de la cuenta, de acuerdo con la política descrita anteriormente

CHEQUE DE VUELTO: Un cargo de \$ 35.00 será agregado a su cuenta por cualquier cheque devuelto por su banco por cualquier razón.

FORMAS DE SEGURO O DISCAPACIDAD: Habrá un cargo de \$ 40.00 por llenar formas médicas, formas de discapacidad o formas de FMLA. El pago se debe antes de procesar el papeleo. Por favor permita 7-10 días para la finalización de estas formas.

SERVICIOS DE LABORATORIO

La clínica solo cobra por lo servicios que son realizados por nuestros proveedores médicos. El laboratorios es un compañía aparte y ellos el cobraran por separado a usted o su compañía de seguros para los servicios que se realizan. Si usted tiene alguna pregunta acerca de su factura de laboratorio por favor póngase en contacto con ellos o con su seguro médico. **Es su responsabilidad que nos proporcione su información de seguro más actual.**

ANTES DE RECIBIR SERVICIOS, usted debe verificar que somos proveedores participantes para su compañía de seguros. También es necesario que nuestro médico de cabecera aparece como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguros, si es requerido por su contrato. En el caso de que no seamos su proveedor participante o nuestro médico no aparece como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguros, vamos a presentar la reclamación inicial como una cortesía. Sin embargo el pago se debe en el momento de su consulta.

CO-PAGO, CO-SEGURO Y / O DEDUCIBLES SE DEBEN EN EL

MOMENTO DEL SERVICIO: nosotros vamos a calcular la cantidad que debe basado en la información que recibimos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar el monto total determinado por su compañía independientemente de nuestra estimación.

DECLARACIONES Le enviaremos una declaración (a la dirección de facturación que usted proporciona) notificándole de cualquier saldo que adeude. Si usted tiene alguna pregunta o disputa la validez de este cobro es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios dentro de los 30 días siguientes cuando recibo su declaración inicial. Usted puede llamar al (214) 580 - 7277 El pago total se debe cuando usted recibe su declaración. Si usted no puede pagar el saldo por completo por favor llame a nuestra oficina de cobros para acuerda un plan de pagos. Cualquier cobro por pagos atrasados se le cobrar la su saldo final. Si usted no puede hacer los pagos acordados, su cuenta puede ser referido a una agencia de cobranza profesional y / o abogado. Usted será responsable de todos los gastos de recaudación incurridos, incluyendo los honorarios de abogados y costos judiciales de corte.

Si usted no mantiene su cuenta al corriente puede ser que cancelemos sus citas.

El cobro completo se debe en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

Entiendo que si la oficina se compromete a facturar el seguro como una cortesía, debo presentar información, según sea necesario para asegurar el pago por los servicios prestados a mí. Yo entiendo que soy el último responsable del pago de todos los servicios que yo reciba.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del Paciente o Persona Responsable: _____

Fecha: _____

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO

Consentimiento General para tratamiento:

Al firmar abajo, yo (o mi representante) autorizar a Metroplex Medical Centres y su personal para llevar a cabo cualquier examen diagnóstico o procedimientos y de proveer medicamento, tratamiento o terapia necesaria para efectivamente diagnosticar y tratar mi enfermedad o lastimaduras. Yo entiendo que es la responsabilidad de mis proveedor medico explicar mi examen diagnóstico y/o procedimientos disponible para mi condición médica al igual que los riesgos comunes y también los beneficios asociados con dichas opciones y también explicara alternativas al tratamiento.

Derecho a rechazar tratamiento:

Al dar mi consentimiento general para tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado por mi proveedor médico que se considere necesario para mi persona. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantía hecha a mí como a los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
 Dallas, TX 75201
 Tel: (214) 999-9355

**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101
 Dallas, TX 75224
 Tel: (214) 330-9221

COMUNICACIÓN CON USTED

Le pedimos que complete este formulario para poder identificare la manera más efectiva con la que nuestro personal se pueda comunicar con usted para proporcionarle resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, información acerca de prescripciones o responder a un mensaje que dejo para el consultorio médico. **Nosotros nos podemos comunicar a través del correo, correo electrónico, por teléfono, incluyendo mensajes de voz.**

Por favor, marque todas las casillas que dan permiso a Metroplex Medical Centres para comunicarse con usted:

- Me puede contactar por teléfono Teléfono: _____
- Usted puede dejar una mensaje de voz Teléfono: _____
- Me puede contactar por correo
- Me puede contactar a través de correo electrónico Correo Electrónico: _____

Si usted da permiso para que nos comuniquemos con otra persona, complete la siguiente lista:

Nombre	Relación	Teléfono	Opciones
1.			<input type="checkbox"/> Información de facturas <input type="checkbox"/> Información de cita <input type="checkbox"/> Información médica/de salud
2.			<input type="checkbox"/> Información de facturas <input type="checkbox"/> Información de cita <input type="checkbox"/> Información médica/de salud
3.			<input type="checkbox"/> Información de facturas <input type="checkbox"/> Información de cita <input type="checkbox"/> Información médica/de salud

Esta solicitud reemplaza a cualquier previa solicitud que haga hecho.

Firma del Paciente/Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Responsable (impresión)

Relación con el paciente (impresión)

Farmacia preferida

Nombre de la farmacia: _____ **Teléfono:#** _____

Dirección de farmacia: _____



Metroplex Medical Centres

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA TOCANTE A USTED PODRA SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLA CUIDADOSAMENTE

Quien presenta este aviso

Este aviso describe las prácticas de privacidad del centro médico Metroplex Medical Centres y de sus empleados, así como del personal médico y de los profesionales de la salud asociados que ejercen en el centro médico. En este Aviso, el centro médico y los Profesionales de la Salud participan en muchas actividades conjuntas y prestan servicios en un entorno de cuidados clínicamente integrado, el centro médico y los Profesionales de la Salud son personas jurídicas separadas. Este Aviso se aplica a los servicios que se le prestan en Plaza Medical Centre como paciente o a cualquier otro servicio que se le prestan que implique el uso o divulgación de información sobre su salud.

Obligaciones de privacidad

A los centros médicos y a los Profesionales de la Salud se les exige por ley mantener la privacidad de la información sobre su salud ("Información Medica Protegida" o "PHI", por sus siglas en ingles) y darle a conocer a usted a través de este Aviso las obligaciones legales y las prácticas de privacidad correspondientes a su Información Medica Protegida. El Centro médico y los Profesionales de la Salud usan sistemas computarizados que pueden divulgar electrónicamente la Información Medica Protegida sobre su salud a los efectos de tratamiento, pago y/u operaciones de cuidado de salud, tal y como se describe más abajo. Al usar o divulgar la información Medica Protegida sobre su salud al Centro médico y a los Profesionales de la Salud se les exige atenerse a los términos de este aviso (o de otro en vigor al momento del uso o divulgación).

Usos y divulgaciones permisibles sin la autorización por escrito de usted

En determinadas situaciones tiene que constar su autorización por escrito para usar y/o divulgar su PHI. Sin embargo, el Centro médico y los Profesionales de la Salud no necesitan que usted de tal autorización en los siguientes casos de uso y divulgación:

Usos y divulgaciones para tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de salud. Su PHI puede usarse y divulgarse para darle a usted tratamiento médico, cobrar los servicios prestados a usted y llevar a cabo "operaciones de cuidado de salud" tal y como se detalla más abajo:

- Tratamiento. Su PHI puede usarse y divulgarse para brindarle a usted tratamiento y otros servicios como, por ejemplo, para el diagnóstico, y tratamiento de sus lesiones o enfermedades. Además, usted puede ser contactado para recordarle sus citas o darle información sobre alternativas del tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud que pudieran resultarle de interés. Su PHI puede divulgarse también a otros proveedores

participantes en su tratamiento. Por ejemplo, un doctor que lo trata a usted por fractura de la pierna podría necesitar saber si usted padece de diabetes porque, de ser así, esto pudiera afectar su recuperación.

- Pago. Su PHI pudiera usarse y divulgarse para cobrar los servicios prestados a usted como, por ejemplo, divulgaciones para reclamar y cobrar pagos a su aseguradora de salud, HMO u otra compañía que ordene o pague los costos parciales o totales de su cuidado de salud ("Su Pagador") para verificar si Su Pagador pagara su cuidado de salud. El médico que revise su radiografía pudiera facturarle a usted o a su Pagador por ello y, en consecuencia, su información de fracturación pudiera compartirse con ese médico.
- Operaciones de cuidado de salud. Su PHI pudiera usarse y divulgarse para operaciones de cuidado de salud, que incluyen planificación y gestión interna y varias actividades para mejorar la calidad y la relación costo-beneficio de la atención médica que se le presta a usted. Por ejemplo, su PHI puede usarse para evaluar la calidad y competencia de médicos, enfermeras(os) y otros trabajadores de la salud. Su PHI puede divulgarse a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del Centro medico para resolver cualesquiera reclamaciones suyas y asegurar que su visita le resulte agradable. Su PHI puede brincar a varias entidades gubernamentales o de acreditación tales como la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de la Salud para mantener nuestra licencia y acreditación. Además, su PHI pudiera compartirse con socios empresariales encargados del tratamiento, cobro y servicios de operaciones de cuidado de salud en nombre del Centro médico y de los Profesionales de la Salud.

Divulgación a parientes, amigos cercanos y otros cuidadores. Su PHI puede divulgarse a un familiar, otro pariente, un amigo personal allegado o a otra persona identificada por usted que participe en el cuidado de consentir u objetar que se use o divulgue su PHI por imposibilidad practica a consecuencia de su incapacidad o de una circunstancia de emergencia, el Centro medico y/o los Profesionales de la Salud divulgarían solo la información considerada directamente relaven para el papel que esas personas desempeñan en el cuidado de su salud o en los pagos relacionados con el mismo. Su PHI pudiera divulgarse también para notificar (o asistir en la notificación) a dichas personas la ubicación o estado general de salud de usted.

Actividades de salud pública. Su PHI pudiera divulgarse para las siguientes actividades de salud pública: (1) informar a las autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) informar sobre abuso y negligencia en menores a las autoridades de salud pública u otras organizaciones gubernamentales autorizadas por la ley para recibir tal información; (3) informar sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en ingles); (4) alertar a una persona que pudiera haberse expuesto a una enfermedad transmisible o al riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; e (5) informar a su empleador tal y como exigen las leyes sobre vigilancia médica de los centros de trabajo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Tú PHI pudiera divulgarse a una autoridad gubernamental, incluyendo una agencia de servicio social o de protección, autorizada por ley para recibir informes sobre abuso, negligencia o violencia doméstica, si se sospecha razonablemente que usted es víctima de los mismos.

Actividades de supervisión de la salud. Su PHI pudiera divulgarse a una agencia de supervisión de la salud que supervisa el sistema de salud y tiene la responsabilidad de asegurar el cumplimiento de las reglas de los programas gubernamentales de salud tales como Medicare o Medicaid.

Procedimientos judiciales y administrativos. Su PHI pudiera divulgarse en el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo para cumplir una orden jurídica u otro trámite legal.

Agentes del orden. Su PHI pudiera divulgarse a la policía u otros agentes del orden tal como exige o permite la ley, o en cumplimiento de una orden judicial o un emplazamiento administrativo o de un gran jurado. Por ejemplo, su PHI pudiera divulgarse para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona desaparecida, o para denunciar un crimen o conducta delictiva en la instalación.

Institución correccional. Su PHI pudiera divulgarse a una institución correccional si usted es un recluso y dicha institución o la autoridad del orden legal nos solicita determinada información.

Socios empresariales. Su PHI pudiera divulgarse a socios empresariales a terceros que el Centro médico y los Profesionales de la Salud hayan contratado para prestar los servicios acordados.

Fallecidos. Su PHI pudiera divulgarse a un forense o médico legal tal y como se autoriza por ley.

Adquisición de órganos y tejidos. Su PHI pudiera divulgarse a las organizaciones que facilitan la adquisición, almacenaje o trasplante de órganos y tejidos.

Investigación. Su PHI pudiera usarse o divulgarse sin su consentimiento ni autorización si una Junta de Revisión Institucional aprueba la exención de autorización para la divulgación

Salud o seguridad. Su PHI pudiera usarse o divulgarse para prevenir o atenuar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad pública o de una persona

Funciones gubernamentales especializadas. Su PHI pudiera divulgarse a unidades del gobierno con funciones especiales, tales como las fuerzas armadas y el Departamento de Estado de EE. UU., bajo determinadas circunstancias, tales como Servicio Secreto o Seguridad Nacional, para proteger, por ejemplo al país o al presidente.

Compensación por accidentes en el trabajo. Su PHI pudiera divulgarse tal y como se autoriza en la extensión necesarias para cumplir con la ley estatal sobre compensación a los trabajadores por accidentes en el trabajo u otros programas similares.

Por exigencia legal. Su PHI pudiera usarse y divulgarse por exigencia de cualquier otra ley que no esté referida en las categorías anteriores, tales como las exigencias de la FDA para controlar la seguridad de un dispositivo médico.

Recordatorios de citas. Su PHI pudiera usarse para notificarle o recordarle sus citas.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION POR ESCRITO

Uso divulgación con su autorización. Para cualquier propósito distinto a los descritos más arriba, su PHI pudiera usarse o divulgarse solo si usted da su autorización por escrito en un formulario a tal efecto (“Su Autorización”). Por ejemplo, usted necesita suscribir un formulario de autorización antes de que su PHI se enviara a su compañía de seguro de vida o al abogado que representa a su contraparte en un pleito en el que usted esté involucrado.

Mercadeo. Su autorización por escrito (“Su Autorización para Mercadeo”) también tiene que constar antes de usar su PHI para enviarle a usted cualesquiera materiales pueden proveérsele a usted en contacto personal sin obtener Su Autorización para Mercadeo. El Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pueden también entregarle a usted, si así lo deciden, regalos promocionales de valor nominal, sin Su Autorización para Mercadeo). El Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pueden comunicarse con usted, en contacto personal, acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración del caso o coordinación de la atención médica, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de cuidado sin Su Autorización para Mercadeo.

Además, el Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pueden remitirle a usted comunicaciones sobre tratamientos, a menos que usted elija no recibirlos, por los, cuales el Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pudieran recibir remuneración financiera.

Venta de PHI. El Centro médico y los Profesionales de la Salud no divulgaran la PHI de usted sin su autorización a cambio de pagos directos o indirectos, excepto en circunstancias limitadas autorizadas por la ley. Estas circunstancias incluyen actividades de salud pública; investigación; tratamiento personal; venta, transferencia, fusión o consolidación del Centro medico; servicios prestados por un socio empresarial según el contrato correspondiente; proveer a una persona con un ejemplar de su PHI; y otros propósitos considerados necesarios y apropiados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU.

Usos y divulgaciones de su información estrictamente confidencial. Además, las leyes federal y estatal exigen protecciones especiales de la privacidad para determinada información estrictamente confidencial sobre usted (“Información estrictamente confidencial”), incluyendo el subconjunto de su PHI que: (1) se mantiene en notas de psicoterapia; (2) versa sobre enfermedad o incapacidad mental, o sobre discapacidades del desarrollo; (3) concierne al consumo excesivo o la adicción a las drogas o el alcohol; (4) se refiere a sus pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; (5) atañe a enfermedad(es) transmisible(s), incluso venérea(s); (6) alude a pruebas genéticas; (7) trata sobre abuso doméstico de un adulto o (9) agresión sexual. Para que su Información Estrictamente Confidencial sea divulgada con un propósito que no sea aquellos permitidos por la ley, se requiere la autorización por escrito de usted.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Derecho a solicitar restricciones adicionales. Usted puede solicitar restricciones del uso y divulgación de su PHI (1) para tratamiento, cobro y operaciones de cuidado de salud, (2) para personas (tales como

familiar, otro pariente, amigo personal allegado u otra persona que usted identifique) relacionadas con su atención de salud o el pago asociado a ella, o (3) para notificar o asistir en la notificación de tales personas acerca de la ubicación y estado de salud de usted. Anuqué todas las solicitudes de restricciones adicionales se examinan cuidadosamente, el Centro médico y los Profesionales de la Salud no están obligados a consentir las restricciones solicitadas.

Usted puede también solicitar la restricción de divulgaciones de su PHI a su plan de salud por propósitos de pago y operaciones del cuidado de salud (y no de tratamiento) si la divulgación atañe a un servicio o artículo para el cuidado de la salud por el cual usted ha pagado directamente de su bolsillo. El Centro médico y los Profesionales de la Salud tienen que atenerse a las restricciones del plan de salud de usted EXCEPTO si la divulgación se exige por ley. Si usted desea solicitar restricciones adicionales, pida un formulario de solicitud a la Oficina de Gestión de Información de Salud, llénelo y remítalo de vuelta a esa oficina. La respuesta le será enviada por escrito.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Usted puede solicitar, y el Centro médico y los Profesionales de la Salud pueden facilitar, cualesquiera solicitudes razonables por escrito para recibir su PHI por medios alternativos de comunicación o en otros lugares

Derecho a revocar su autorización. Usted puede revocar Su Autorización, Su Autorización para Mercadeo y cualquier otra autorización dada por escrito en conexión con su PHI, excepto en la medida en que el Centro médico y los Profesionales de la Salud ya hayan actuado basados en tal autorización, por escrito a la oficina de Gestión de Información de Salud del Centro medico que se identifica más abajo

Derecho a revisar y copiar la información sobre su salud. Usted puede solicitar acceso a su historia clínica y a los registros de fracturación que sobre usted llevan el Centro médico y los Profesionales de la Salud, para revisarlo y solicitar copias de los registros. Bajo limitadas circunstancias, se le puede negar el acceso a una parte de sus registros. Si usted desea tener acceso a sus archivos, pida un formulario de solicitud a la Oficina de Gestión de Información de Salud, llénelo y emítalo de vuelta a esa oficina. Si usted solicita copias de registros impresos, deberá abonar los cargos establecidos por las leyes federal y estatal. Por las solicitudes de registros no impresos (por ejemplo: radiografías) se cobraran cargos al costo razonable de las copias. Usted deberá pagar también el franqueo postal si solicita que las copias se le remitan por correo. Sin embargo, no tendrá que pagar por copias requeridas para hacer o llenar una solicitud de programa federal o estatal de beneficios por discapacidad.

Derecho a enmendar sus datos. Usted tiene el derecho a solicitar que se enmiende la PHI obrante en su archivo de registros médicos o de fracturación. Si usted desea enmendar sus datos, pida un formulario de solicitud a la Oficina de Gestión de Información de Salud, llénelo y remítalo de vuelta a esa oficina. Su solicitud será atendida a menos que el Centro medico y/o Profesionales de la Salud entiendan que la información a enmendar es exacta y completa, o que concurran otras circunstancias especiales.

Derecho a recibir constancia de divulgaciones. A instancia suya, puede recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI realizadas durante cualquier

periodo de tiempo previo a la fecha de su solicitud, siempre que ese periodo no exceda de seis años y no incluya divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003. Si usted solicita este informe más de una vez en el plazo de doce (12) meses, tendrá que pagarlo.

Derecho a recibir ejemplar impreso de este Aviso. A instancia suya, puede obtener un ejemplar impreso de este Aviso, incluso si usted ha convenido en recibirlo por vía electrónica.

Para información adicional o quejas. Si usted desea información adicional sobre sus derechos a la privacidad, piensa que estos has sido violado o no está de acuerdo con una decisión tomada sobre el acceso a su PHI, puede contractar a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del centro médico. También puede formular quejas por escrito al Director y a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. A instancia suya, la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del Centro médico le dará a usted la dirección exacta del Director. El Centro médico y los Profesionales de la Salud no tomaran represalias contra usted por haber formulado una queja ante la Oficina de Privacidad o el Director del Centro medico.

Fecha de entrada en vigor y vigencia de este aviso.

Fecha de vigencia. Este Aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013.

Derecho a cambiar términos de este Aviso. Los términos de este Aviso pueden cambiarse en cualquier momento. Si cambia este Aviso, sus nuevos términos podrán entrar en vigor para toda PHI que tramiten el Centro medico u los Profesionales de la Salud, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitirse el nuevo aviso. Si cambia este Aviso, el nuevo estará disponible para el público en las áreas de espera del Centro medico. Usted podrá también conseguir cualquier nuevo aviso al contractar la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del Centro medico.

CONTACTOS EN LA OFICINA:

Practice Compliance and Privacy Officer
C/O Practice Manager
700 N Pearl St, Suite N510
Dallas, TX 75201

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

**RECONOCIMIENTO DE AVISO
Prácticas de Privacidad**

Al firmar este formulario usted indica haber recibido una copia de Aviso de **Prácticas de Privacidad de Metroplex Medical Centres** en la fecha y hora indicada a continuación.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en **Prácticas de Privacidad de Metroplex Medical Centres** llámenos a (214) 580-7277.

Nombre de Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Relación con Paciente: _____

Fecha de Aviso: _____ **Hora de Aviso:** _____

PARA USO DE OFICINA

Hemos intentado obtener por escrito este reconocimiento de aviso al paciente de las **Prácticas de Privacidad** pero no se pudo obtener en este caso por la siguiente razón:

- Paciente Negó Firmar
- Situación de Emergencia Impidió Firmar
- Representante del Paciente Negó a Firmar
- Otras Razones (por favor letra imprenta) _____

Firma del Representante de la Clínica: _____ Fecha: _____

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Use este formulario para anotar el nombre de cada medicamento que esté tomando , la dosis y el tiempo . Una lista de todos los medicamentos recetados y de todos los medicamentos de venta sin receta , incluyendo vitaminas u otros suplementos nutricionales , analgésicos , antiácidos , laxantes y remedios a base de hierbas .

Nombre del Medicamento	Dosis	Hora del día
<i>ejemplo: Synthroid 125 mcg</i>	<i>1 comprimido al día</i>	<i>7 AM</i>

alergias a medicamentos: _____

