



FAMILY HEALTH CENTER
OF BASTROP
B E W E L L

Laurier A. Vocal, M.D.
EC.C.FP., F.A.A.R.P.
Family Medicine

Pompeyo C. Chavez, M.D.
Family Medicine

Juan Carlos Ortega, M.D.
Family Medicine

Estela Mota, M.D.
Family Medicine

Ronald L. Cox, M.D.
Allergy & Immunology

Brian L. Sullivan, M.D.
Orthopedics

Clyde Smith, M.D., F.A.C.S.
General Surgery

Olivia Y. Blankenship, EN.P.
Family Medicine

T. Michael Fields, PA-C.
Family Medicine

Stephanie Jasik, PA-C.

Johnny L. Bums, F.A.C.H.E.
Administrator

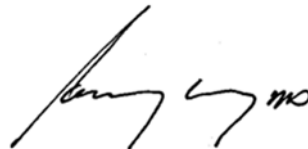
Nosotros en Family Health Center of Bastrop nos gustaría darle la bienvenida a nuestra práctica. Le agradecemos por elegirnos como su nuevo Proveedor de Cuidado Primario y esperamos con interés reunirnos con usted en su próxima visita.

Nuestro objetivo es brindarle una atención médica de alta calidad en un ambiente cálido y acogedor. Si alguna vez siente que haya experimentado un servicio no satisfactorio de parte de nuestra clínica, por favor háganos saber tan pronto como le sea posible.

Nosotros deseamos poder servirle; y mantenerle lo más saludable posible es nuestra misión. Que sean bendecidos con salud, felicidad y armonía en su vida. Gracias de nuevo por permitirnos cuidar de sus necesidades de atención médica.



Laurier A. Vocal, M.D.
Medical Director



Pompeyo C. Chavez, M.D.

FAMILY HEALTH CENTER OF BASTROP

3101 Hwy. 71 East, Suite 101 • Bastrop, Texas 78602

(512) 304-0300 • Fax: (512) 304-0341

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Alias: _____
Seguro Social # _____ - _____ - _____ Sexo: F _____ M _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____
Tel. Casa #: (_____) _____ Cel #: (_____) _____ Trabajo #: (_____) _____
Nombre de empresa: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Licencia de conducir #: _____ Emitida en el estado: _____

PADRE O PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono #: (_____) _____ Relación al paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

PRIMERA COMPAÑIA DE SEGURO:

Dirección: _____ Nombre del asegurado: _____
Seguro Social # _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____
Póliza ID#: _____ Grupo #: _____ Relación al paciente: _____

SEGUNDA COMPAÑIA DE SEGURO:

Dirección: _____ Nombre del asegurado: _____
Póliza ID#: _____ Grupo #: _____ Relación al paciente: _____

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (NO MENCIONADO ANTES • MIEMBRO FAMILIAR O AMIGO):

Nombre: _____ Tel. Casa #: (_____) _____ Relación: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Zip: _____
Nombre de empresa: _____ Ciudad: _____ Trabajo #: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO

A menos que los arreglos del seguro se hagan por adelantado, el pago se espera cuando se presten los servicios. Cuando se hagan arreglos del seguro, por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones quirúrgicas/médicas a Family Health Center of Bastrop por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto o negado por negligencia del paciente por mi póliza de seguro.

AUTORIZACION PARA OTORGAR INFORMACION DEL PACIENTE

Por la presente autorizo la liberación de cualquier información médica o incidental que pueda ser necesaria, ya sea para atención médica o en solicitudes de procesos para beneficio financiero.

BENEFICOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Doy permiso para que mis reclamos de Medicare / Medicaid se presenten en mi nombre y autorizo la liberación de todos los registros y la información necesaria para procesar tales reclamos. Soy consciente que FHCOB no acepta Medicare en asignaciones de coberturas del 100%. Solicito, además, que el pago se realice al médico en los reclamos asignados.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS

Por la presente autorizo los tratamientos de Family Health Center of Bastrop.

UNA FOTOCOPIA DE ESTAS PRACTICAS TENDRA LA MISMA VALIDEZ QUE LA DEL ORIGINAL.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso de los padres o representante: _____ Firma: _____

FAMILY HEALTH CENTER OF BASTROP
3101 Hwy. 71 East, Suite 101 • Bastrop, Texas 78602
(512) 304-0300 • Fax: (512) 304-0341

CONSENTIMIENTO PARA ASISTENTE MEDICO

Esta clínica cuenta con un personal de Asistente Médico para ayudar en la práctica de los médicos (puede indicar especialidad).

Un Asistente Médico no es un médico. Un Asistente de Médico es un graduado de un programa de entrenamiento certificado y está autorizado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un Asistente Médico puede diagnosticar, tratar y controlar las enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. "Supervisión " no requiere la presencia física constante del médico principal, sino más bien la supervisión de las actividades y aceptar la responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un Asistente Médico podrá prestar tales servicios médicos que estén dentro de su educación, capacidad y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historias y realizar exámenes físicos
- Ordenar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formulación de un diagnóstico para trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Ayudar en cirugías
- Asesoramiento en orientación y educación
- Suministro de medicamentos de muestra y de prescripciones farmacéuticas (donde sea permitido por la ley)
- Otorgar referencias médicas apropiadas

He leído lo anterior, y por este medio consiento los servicios de un Asistente Médico para mis necesidades de salud. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver el Asistente Médico y solicitar ver a un médico.

Nombre

Fecha

Firma

Testigo (Opcional)

CONSENTIMIENTO PARA ENFERMERA PROFESIONAL

Esta clínica cuenta con personal de una Enfermera Profesional para ayudar en la práctica de los médicos (puede indicar especialidad).

Una Enfermera Profesional no es un médico. Una Enfermera Profesional es una Enfermera Registrada que ha recibido una educación y entrenamiento avanzado en la práctica de servicios de salud. Una Enfermera Profesional puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como atención de mantenimiento de la salud. Además, la Enfermera Profesional puede tratar laceraciones menores y otras lesiones menores.

He leído lo anterior, y por este medio consiento los servicios de un Asistente Médico para mis necesidades de salud. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver el Asistente Médico y solicitar ver a un médico.

Nombre

Date

Firma

Testigo (Opcional)



POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

1. General

a. La póliza de seguro del paciente es un contrato entre el paciente y su compañía de seguros. Sin embargo, todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro son responsabilidad del paciente y el paciente es la última instancia responsable de los saldos no pagados. Como cortesía a nuestros pacientes, FHC OB factura el seguro del paciente y hacer todo lo posible para garantizar que los reclamos se procesen rápida y correctamente. FHC OB también cobra a los seguros secundarios del paciente cuando estos proporcionan información completa del seguro.

b. Los co-pagos del paciente, deducibles y montos de co-seguro se esperan al momento del servicio, y cualquier pago restante se debe en su totalidad dentro de los 30 días de haber recibido la primera factura de FHC OB. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, tarjetas de débito y de crédito.

c. Si usted no puede pagar su saldo dentro de los 30 días, por favor contacte nuestro departamento de facturación al (512) 321 8888 ó (512) 321 8899 para ayudarlo. Hay varias maneras en que puede pagar su factura, incluyendo planes de pago, y un representante de la Oficina de Facturación ayudará a encontrar el más adecuado para sus necesidades financieras. También puede ser capaz de trabajar con usted para ver si usted califica para ayuda financiera.

2. Saldos Vencidos. Un saldo vencido es cualquier cantidad adeudada después que la compañía de seguros ha pagado su porción, pero donde FHC OB no ha recibido el balance completo del paciente dentro de los noventa (90) días a partir de la recepción de la primera declaración. Los saldos de las cuentas en que se han establecido un plan de pago **NO** se consideran saldos vencidos.

3. Planes de Pago. Los arreglos de pago se pueden hacer en las cuentas de los pacientes basados en una revisión de circunstancias y de aprobación de parte de la Oficina de Facturación de FHC OB. Por lo general no se extienden planes de pago a pacientes que no han podido hacer los pagos a tiempo en el pasado.

4. Exoneración de los Co-Pagos y Deducibles.

a. Es la política de esta práctica de facturar todo lo aplicable a pagos de bolsillo y hacer esfuerzos razonables para cobrar dichos montos de conformidad con nuestras prácticas de cobranza y procedimientos, así como de conformidad con nuestros contratos de seguros. FHC OB no hará exoneración del co-pago, co-seguro o deducibles para los pacientes asegurados, excepto en las circunstancias limitadas descritas en esta Política de Responsabilidad Financiera del Paciente. Estas determinaciones sólo podrán efectuarse después de que una investigación a fondo se haya hecho y se espera que estas exoneraciones sean no regulares.

b. Si FHC OB exonera co-pagos o deducibles a un paciente basado en el estado financiero del paciente, mantendremos un registro de la información basada en esta decisión. Exoneraciones de co-pagos y deducibles también se pueden hacer después de esfuerzos razonables de cobro que no hayan podido dar lugar a la recaudación de los honorarios. FHC OB mantendrá un registro de los esfuerzos realizados de recolección por exoneración de cargos en estas circunstancias.

c. En ningún caso nuestra práctica participará en cualquiera de las siguientes prácticas con respecto a la exoneración o reducción de co-seguro y / o deducibles:

i. Exonerar o reducir pagos de co-seguro y deducibles que no cumplan con los requisitos establecidos en nuestra política.

ii. Publicar, o en cualquier otra forma comunicar al público en general que los pagos desde los seguros privados, Medicare o Medicaid se aceptarán como pago total por los servicios de atención de los proveedores de salud por nuestra práctica, o anunciar o comunicar de otra manera a nuestros pacientes o al público en general que pacientes no incurrirá en los gastos de bolsillo.



- iii. Rutinariamente aprobar formularios de dificultades financieras que establecen que el paciente es incapaz de pagar co-pagos, co-seguros o deducibles.
- iv. Cobrar a los beneficiarios de Medicare o diferentes montos de los beneficiarios de seguros privados cobrados a terceros por servicios similares.
- v. Dejar de cobrar el co-seguro y deducibles de un grupo específico de pacientes por razones ajenas a la indigencia o contratación de atención administrada (por ejemplo, para obtener referencias o para inducir pacientes a buscar atención en mi práctica versus a la práctica de otro proveedor que no exonera co-pagos y / o deducibles).
- vi. Aceptar "solo seguro" como pago total por los servicios prestados.
- vii. Dejar de hacer esfuerzos de recolección razonables para cobrar la deuda de un paciente.

5. **Exámenes de bienestar.** Los pacientes deben estar conscientes de que si están programados para un examen de bienestar que está cubierto al 100% de lo permitido (sin garantía esperada del paciente), que *puede ser* facturado si la visita se encuentra fuera del alcance de un examen de bienestar. (Por ejemplo, si usted discute intereses médicos en curso y recibe atención, así las recetas sean emitidas o no, durante la visita).

6. **Determinaciones de dificultades económicas.**

a. Para los pacientes indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente, FHCOB puede reducir o eliminar la responsabilidad financiera del paciente para el tratamiento médicamente necesario y adecuado sobre una base de caso por caso en el que el paciente califica bajo las normas de dificultad financiera.

b. Las determinaciones de dificultades económicas se basan en la revisión de los ingresos del hogar, activos y pasivos en relación con las Directrices Federales de Pobreza de Ingresos actuales. Como parte del proceso, por lo general, evaluamos niveles de ingreso, patrimonio neto, estado de empleo, otras obligaciones financieras, la cantidad de la frecuencia de facturas de atención médica, y otras circunstancias. **LOS PACIENTES ASEGURADOS QUE OPTAN POR NO TENER SU RECLAMO CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS NO SON ELEGIBLES PARA NUESTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA POR DIFICULTADES.**

c. La determinación de dificultad económica es aplicable al episodio actual de la atención. Para eliminar o reducir pagos futuros, el paciente debe volver a dificultades proveedor financiero. El paciente y el representante de la Oficina de Facturación deberá firmar una declaración que detalla que la práctica ha revisado la prueba de dificultad financiera, y cuales facturas están siendo reducidas o exoneradas.

7. **Solicitud de Asistencia Dificultades Financieras.**

- a. El paciente o responsable debe completar una Solicitud de Dificultades Económicas de Paciente, y firmar el formulario.
- b. Entregar el documento completado y cualquier documentación de respaldo (por ejemplo, W-2, declaración de impuestos federal, comprobantes de pago, etc.) a nuestra Oficina de Facturación para su revisión.
- c. Nosotros revisaremos su solicitud después de recibida y le contactaremos si se necesita información adicional. Las solicitudes que estén incompletas o que le falten documentación de apoyo no serán revisadas.
- d. Nos comunicaremos con usted con respecto a su solicitud, generalmente dentro de 5 días hábiles después de recibir su solicitud completa y toda la documentación requerida. El representante le informara de nuestra decisión sobre su solicitud de asistencia financiera y, en su caso, el nivel de descuento en su factura actual de FHCOB.

Yo, _____, he recibido una copia de la Política de Responsabilidad Financiera del Paciente de Family Health Center of Bastrop. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme que he leído y aceptado esta política.

Firma del Paciente / Representante



ACEPTACION

He revisado el Aviso de Practicas de Privacidad, que explica cómo se utilizará mi información médica y su distribución. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma

Fecha

Nombre impreso del paciente (o su representante)

Doy mi permiso para ser notificado por un sistema automatizado que me avise de mis citas.

NO doy mi permiso para ser notificado por un sistema automatizado que me avise de mis citas.

Firma

Fecha

- 1) ¿Su seguro, Medicare o Medicaid cambiado desde su última visita a nuestra clínica? YES NO
- 2) ¿Es la visita de hoy el resultado de un accidente o lesión? YES NO
- 3) ¿La visita de hoy va a resultar en un reclamo de compensación de trabajador? YES NO



HISTORIA DEL PACIENTE ADULTO Y EVALUACIÓN DE SALUD (USE LETRAS MAYUSCULAS)

Fecha _____ Nombre del paciente/ID# _____ M F DOB _____

HISTORIA FAMILIAR: Indique si alguno de sus parientes consanguíneos tiene o ha tenido alguna de las siguientes.

ENFERMEDAD	RELACION	ENFERMEDAD	RELACION
SIDA o VIH		Enfermedad del corazón	
Artritis		Alta presión sanguínea	
Asma		Enfermedad del riñón	
Trastorno hemorrágico		Enfermedad pulmonar	
Enfermedades intestinales		Atención psiquiátrica	
Cáncer		Derrame cerebral	
Deficiencia química		Problemas de la tiroides	
Depresión		Tuberculosis	
Diabetes		Otros (por favor enumere):	
Epilepsia / Convulsiones			
Glaucoma, enfermedad ocular			

HÁBITOS SOCIALES: ¿Alguna vez ha utilizado alguna de las siguientes?

(escoja una)		¿Por cuánto tiempo?	¿Cuándo paró?
Alcohol	Sí No	Bebidas por semana _____	
Cafeína	Sí No	Onzas por día _____	
Tabaco	Sí No	Paquetes por día _____	
Drogas de calle	Sí No	Frecuencia _____	
Tipo de droga:			

¿Es sexualmente activo(a)? Sí No ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en este último año? _____

¿Practica usted precauciones de sexo seguro? Sí No

¿Quisiera información sobre las precauciones de sexo seguro hoy día? Sí No

ATENCIÓN PREVENTIVA: Por favor, indique la última vez que obtuvo lo siguiente. (MM/DD/AA Si usted sabe)

EXAMEN / VACUNA	FECHA	EXAMEN / VACUNA	FECHA
Examen de colesterol		Vacuna contra la gripe	
Perfil lipídico		Vacuna contra la neumonía	
Examen de vista: Resultado:		Sigmoidoscopia	
Pupilas dilatadas Sí No		Examen de sangre oculta	
Prueba de audición		Tuberculosis (TB) prueba cutánea	
Vacuna para Hepatitis		Tétanos / Difteria refuerzo	

Describe cualquier resultado anormal: _____

Sólo pacientes femeninas:	FECHA (MM/DD/YY)	RESULTADOS	REALIZADO POR:
Prueba de Pap (Papanicolaou)			
Examen clínico de los senos			
Mamografía			
Historia menstrual: edad de inicio _____ Regular _____ Irregular _____ Dolores / calambres por el flujo menstrual _____			
Fecha de la última menstruación : _____			
Método anticonceptivo actual: _____ Número de embarazos _____ Número de nacimientos _____			
Complicaciones: _____			
¿Se realiza autoexámenes de seno cada mes? Sí No			

Solo pacientes masculinos:	FECHA (MM/DD/YY)	RESULTADOS	REALIZADO POR:
Examen de próstata			
PSA (Antígeno Prostático Específico)			
¿Se realiza autoexámenes de testículo cada mes? Sí No			



HISTORIA DEL PACIENTE ADULTO Y EVALUACIÓN DE SALUD

Fecha _____ Nombre del paciente/ID# _____ M F DOB _____

¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, indique.

Medicamento:	Reacción:

Liste los medicamentos que esté tomando actualmente. (Incluya medicamentos sin receta/prescripción)

Medicamentos actuales	Dosis	Frecuencia	Razón de tomarla:

Indique si tiene o ha tenido alguna de las siguientes con la fecha aproximada de diagnóstico; mes y año. (Si no conoce la fecha de diagnóstico, por favor indique la edad aproximada de inicio.)

Enfermedad	Fecha (MM/YY) (Si la conoce)	Enfermedad	Fecha (MM/YY) (Si la conoce)
SIDA o VIH		Hepatitis, liste el tipo:	
Anemia		Alta presión sanguínea	
Alcoholismo		Colesterol alto	
Alergias (excepto a medicamentos)		Enfermedad del riñón	
Anorexia / bulimia		Enfermedad hepática (Hígado)	
Apendicitis		Enfermedad pulmonar	
Artritis		Sarampión	
Asma		Migraña	
Cáncer		Mononucleosis	
Dependencia química		Paperas	
Varicela		Neumonía	
Depresión		Tratamiento psiquiátrico	
Diabetes		Fiebre reumática	
Enfisema		Rubéola	
Epilepsia / convulsiones		Enfermedades de transmisión sexual	
Frecuente infección del Riñón o Vejiga		Úlcera estomacal	
Infección pulmonar frecuente		Derrame cerebral	
Enfermedad de la vesícula biliar		Problemas de la tiroides	
Gota		Amigdalitis	
Glaucoma , enfermedad ocular		Tuberculosis	
Enfermedad del corazón		Tos ferina	

Escriba la fecha completa (MM/DD/AA) si la conoce.

Operaciones:	Fecha	Otras hospitalizaciones:	Fecha

Otras enfermedades o heridas significantes: (Por favor liste)	Fecha



POLITICA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Declaración de Principios

En Family Health Center of Bastrop siempre estamos vigilando la seguridad del paciente y por esta razón y para estar en cumplimiento con el Departamento de Directrices de Seguridad Pública hemos emitido esta política que regulará el protocolo de prescripción de sustancias controladas.

Alcance

Esta política se aplica a todos los pacientes de Family Health Center of Bastrop, bien sea que se trate de un nuevo comienzo en la medicación o que el paciente ya esté en medicación a largo plazo.

Definiciones

- La definición de sustancias controladas a los efectos de esta política se aplica a todos los Medicamentos Programados II, III, IV, según lo determine la Ley de Sustancias Controladas (CSA).
- La normativa no tiene que ser aplicada a prescripciones escritas por menos de dos semanas a la vez, renovables una sola vez (un total de 28 días) para el tratamiento del dolor agudo y otros síntomas.
- Para prescripciones más allá de un total de 28 días, se recomienda que la documentación de la historia clínica incluya:
 - Pacientes nuevos en FHCOB: Nuestros médicos no considerarán la prescripción de una sustancia controlada sin ver primero los registros médicos anteriores que detallen el diagnóstico de un paciente, previa evaluación, e historia del tratamiento. Todos los pacientes son objetivamente evaluados, y tratamos de crear un plan de cuidado que no involucre sustancias controladas; si se requieren sustancias controladas (y el paciente no está involucrado en cuidado de hospicio o cáncer), el paciente seguramente será referido a una práctica de manejo del dolor u otro especialista apropiado.
 - Para pacientes ya establecidos en una sustancia controlada se necesitará que sean vistos por lo menos cada 3 meses para la condición específica que requiera el uso de dicha sustancia controlada a ser tratada.
 - Cuando se determina iniciar a un paciente en un régimen de sustancia controlada a largo plazo, el paciente debe someterse a un Examen de Orina Antidrogas entre otras pruebas de laboratorio o exámenes que el médico considere apropiado. Si se niega a someterse a un EOA, esto impedirá el inicio del tratamiento.
 - Los pacientes entienden que pueden ser requeridos a someterse a exámenes de drogas en la orina o sangre en cualquiera de las visitas de seguimiento para la renovación de una sustancia controlada. Negarse a dicha prueba dará lugar a la



- negación de la prescripción. Si el paciente se niega dos veces consecutivas, este paciente no será elegible a la medicación crónica controlada en esta práctica.
- El paciente entiende que un EOA positivo (Examen de Orina Antidrogas) o un Examen de Sangre Antidrogas a sustancias inesperadas resultará en la negación de la prescripción controlada y no será candidato a la medicación crónica controlada en esta práctica.
 - Si el paciente llena, rellena o adquiere cualquier sustancia controlada que se rige por esta política con otro profesional de la salud sin notificar a esta oficina, le será automáticamente negado para la prescripción de medicamentos crónicos controlados de esta práctica.
 - Si un paciente presenta la necesidad de medicamentos para el dolor crónico que se inscribe en el programa III (por ejemplo, necesita una prescripción por triplicado) él/ella tendrán que ser referidos a un especialista en el manejo del dolor para su posterior evaluación y tratamiento. Esta oficina no prescribirá medicamentos para dolor de ese nivel para uso crónico a menos que el paciente esté bajo los cuidados de hospicio o sea un paciente con cáncer.
 - Si la prescripción o el suministro de sustancias controladas se extravía, esta no será rellena hasta la próxima fecha de relleno. Si la medicina o prescripción fue robada sólo se llenara después de presentar un informe denunciado policial a la oficina.
 - Si el paciente toma la medicina tiempo después de las instrucciones precisas o se le acaba con anterioridad, constituirá una violación a esta normativa y automáticamente no será elegible para la prescripción controlada de medicamentos crónicos en esta práctica.
 - Las sustancias controladas no serán rellenas por más de un mes de suministro a la vez.
 - Los rellenos para estos medicamentos necesitarán un encuentro en persona cada 3 meses. Para los períodos intermedios, los pacientes tendrán que llamar para un relleno con 48 horas de antelación.

Al firmar a continuación, reconozco que entiendo las implicaciones de esta normativa y que voy a cumplir con esta.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma

Nombre del Representante

Fecha



AUTORIZACION DE PORTAL DE PACIENTES

Laurier A. Vocal, M.D.
EC.C.FP., F.A.A.R.P.
Family Medicine

Pompeyo C. Chavez, M.D.
Family Medicine

Juan Carlos Ortega, M.D.
Family Medicine

Estela Mota, M.D.
Family Medicine

Ronald L. Cox, M.D.
Allergy & Immunology

Brian L. Sullivan, M.D.
Orthopedics

Clyde Smith, M.D., F.A.C.S.
General Surgery

Olivia Y. Blankenship, EN.P.
Family Medicine

T. Michael Fields, PA-C.
Family Medicine

Stephanie Jasik, PA-C.

Johnny L. Bums, F.A.C.H.E.
Administrator

Nuestro portal de pacientes permite a los pacientes establecidos comunicarse más fácilmente con nosotros. El portal no está destinado a " Visitas de Médico por Internet " o nuevos problemas. En su lugar, hará nuestra comunicación más flexible.

Usted puede:

- Solicitar rellenos de medicinas y programar citas.
- Actualizar su información de contacto y de seguros.
- Revisar su lista de medicamentos, su historia clínica y sus visitas.
- Conseguir sus resultados de laboratorio rápidamente.
- Enviarnos correos electrónicos con seguridad.

Queremos que sus registros sean completos y correctos. Háganos saber si hay algún problema con sus registros. A veces podemos usar terminología médica en sus registros y pudiera causar confusión. Si no entiende algo, háganoslo saber.

Su privacidad nos importa mucho. Nunca venderemos / canjearemos / abusaremos de su dirección de correo electrónico. El portal de pacientes está protegido tal cual como las llamadas telefónicas. Utilice nuestro Formulario de Privacidad en caso de que desee compartir su información. También creemos que es importante para usted que proteja su privacidad.

Nosotros también tomamos seriamente la seguridad. Las redes de computación tienen riesgos reales. Nosotros utilizamos tecnologías apropiadas para proteger la información de su salud. Hacemos un seguimiento de las leyes de seguridad como HIPAA y HITECH. Y protegemos y mantenemos todos los datos en nuestra clínica.

El tratamiento de pacientes es complicado a través de correos electrónicos. Es muy fácil malinterpretar "información o emoción". Intentaremos mantener la información breve y clara en el Portal. Nosotros realmente apreciamos su ayuda en esta materia también. Si su mensaje toma mucho tiempo para escribir, probablemente sería mejor hacerlo en persona.

Si tenemos problemas, correos electrónicos abusivos o "Spam", es posible que tengamos que cambiar las políticas, suspender cuentas, o incluso cancelar el portal.

Usted puede acceder al Portal de día o de noche, pero no tenemos una presencia de 24 horas en nuestro lado. Como medida de seguridad, el portal no se debe utilizar para cuestiones urgentes. Si hay una emergencia, usted debe ir a una Atención Urgente (Urgent Care), una Sala de Emergencias o llame al 911.

Entiendo que hay pros y contras en la utilización del portal de pacientes para las comunicaciones con la clínica y deseo participar voluntariamente y proporcionar la información que se adjunta:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

3101 Hwy 71 E., Suite 101, Bastrop, Texas 78602

(512) 304-0300 Fax (512) 304-0341

www.fhcob.com



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente

Día de Nacimiento del Paciente

Concedo mi permiso para que mi proveedor de atención médica y sus representantes de Family Health Center of Bastrop discutan acerca de mi cuidado usando este formulario de divulgación para compartir información relevante con mi familia o amigos acerca de mi salud o discutir información financiera para pagos en mi cuenta.

¿Tiene usted unas algunas personas específicas a las que les gustaría que el personal de Family Health Center of Bastrop revelara información médica o de citas?

NOSOTROS NO HABLAREMOS CON NADIE QUE NO ESTÉ EN ESTA FORMA, INCLUYENDO SU ESPOSO, PADRE O NIÑOS.

Informe de mi salud/citas a la(s) persona(s) siguiente(s) / entidad(es):

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

La información que se puede liberar sujeta a esta autorización es la siguiente:

Cita hora/día Sí No

Explicación de diagnósticos o procedimientos Sí No

Reportes de laboratorio Sí No

Información de facturación Sí No

Está bien dejar un mensaje en mi buzón de voz al informar resultados normales Sí No

___ NO QUIERO QUE MI INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA CON FAMILIARES O AMIGOS

Firma

Nombre del Representante

Día



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Por la presente autorizo la liberación de información de las historias clínicas de:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

SSN #: _____ Tel: (_____) _____

Liberación de información a: Family
Health Center of Bastrop 3101 Hwy
71 East, Suite 101 Bastrop, TX
78602
Tel (512) 304-0300
Fax (512) 304-0341 STAT
Fax (512) 308-1034
 Larry Vocal, M.D.
 Pompeyo Chavez, M.D.
 Juan Carlos Ortega, M.D.
 Estela Mota, M.D.

Liberación de información desde:

Tel: _____
Fax: _____

Por favor libere lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Reportes de Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Historia / Examen físico | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Reportes de ECG | <input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS MEDICOS |

Incluyendo información relacionada con: (si aplican)

Salud mental Drogas/Alcohol VIH/ SIDA
Enfermedades Notificables/Epidémicas

Entiendo que la información publicada es para los fines específicos firmados anteriormente. Se prohíbe cualquier otro uso de esta información sin el consentimiento expreso del paciente, entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción haya sido tomada en relación con la misma. Este consentimiento expirará noventa (90) días después de la fecha de mi firma a menos que se especifique lo contrario.

Firma del Paciente o Representante Legal

Día

Relación al Paciente

Testigo



Family Health Center of Bastrop
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

Introducción

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la "información de salud protegida." "Información de salud protegida" incluye cualquier información de identificación que obtenemos de usted u otras personas relacionadas con su salud física o mental, la atención médica que ha recibido, o el pago de su atención médica.

Como es requerido por la ley, este aviso le proporciona información acerca de sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de la información de salud protegida. Este aviso también analiza los usos y divulgaciones que haremos de su información de salud protegida. Debemos cumplir con las disposiciones del presente aviso, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y para hacer que el aviso revisado efectivo para toda la información médica protegida que mantenemos. Siempre se puede pedir una copia de nuestro aviso de privacidad más actualizada de nuestra oficina.

Usos y divulgaciones permitidos:

Nosotros usamos y revelamos información de salud para propósitos de tratamiento, pago y atención médica. Por ejemplo:

- **Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otras personas involucradas en el suministro de tratamiento para usted.
- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para obtener el pago por los servicios que ofrecemos a usted.
- **Operaciones de Atención de la Salud:** Se nos permite utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales sanitarios que evaluaron practicante y desempeño de los proveedores, los programas de formación que llevan a cabo, la certificación de acreditación, licencia o actividades de acreditación.

Divulgación y Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o cuidado de la salud, que pueden darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba vigente. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso. No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Su familia y amigos: Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en los Derechos de los Pacientes de este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con su atención médica o con el pago para el cuidado de la salud, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

Personas Involucradas en el Cuidado: Podemos utilizar o divulgar información de salud para notificar o ayudar a notificar (incluyendo la identificación o localización) a un miembro de su familia, su representante u otra persona responsable de su cuidado de su ubicación, de su condición general o muerte. Si usted está presente antes del uso o divulgación de su incapacidad o circunstancias de emergencia daremos información de su salud basada en nuestro juicio profesional revelando información de su salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables para su mejor interés en permitir a una persona recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Requerimientos legales: Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido por la ley.

Sus Derechos:

1. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en nuestros usos y divulgaciones de información de salud protegida para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a acceder a su petición.
2. Usted tiene el derecho de solicitar razonablemente recibir comunicaciones de información de salud protegida por medios alternativos o en lugares alternativos.
3. Sujeto al pago de una copia del cargo razonable conforme a lo dispuesto por la ley estatal, usted tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida contenida en sus registros médicos y de facturación, y en cualquier otro registro de práctica utilizados por nosotros para tomar decisiones sobre usted, excepto por:
 - Notas de psicoterapia, que son notas grabadas por un profesional de salud mental documentando o analizando los contenidos de conversación durante una sesión de asesoramiento privado o de grupo, sesión de orientación conjunta o familiar y que se han separado del resto de su expediente médico.
 - La información recopilada en una razonable anticipación de, o para uso en, una acción civil o criminal, procedimiento o acción administrativo.
 - Información médica protegida incluyendo pruebas de laboratorio cuando su acceso es requerido por la ley.



- Si usted es un interno prisionero y la obtención de esa información pondría en peligro su salud, seguridad, custodia o rehabilitación o la de otros reclusos, o la seguridad de cualquier funcionario, empleado u otra persona en la institución correccional o persona responsable de transportarlo a usted.
- Si nosotros obtuviéramos o generáramos información de salud protegida como parte de un estudio de investigación durante el tiempo que la investigación está en curso, siempre y cuando usted diera negación temporal de acceso al consentir participar en la investigación.
- Su información de salud protegida está contenida en los registros mantenidos por una agencia federal o contratista cuando su acceso es requerido por la ley.
- Si la información de salud protegida se obtuvo de alguien que no sea nosotros bajo una promesa de confidencialidad y el acceso solicitado sería razonablemente probable que revelara la fuente de la información.

También podemos negar una solicitud de acceso a la información de salud protegida si:

- Un profesional de la salud ha determinado, en el ejercicio de su criterio profesional, que el acceso solicitado es razonablemente probable que ponga en peligro su vida o la integridad física o la de otra persona.
- La información de salud protegida hace referencia a otra persona (a menos que dicha persona es un profesional de la salud) y un profesional de la salud ha determinado, en el ejercicio de su criterio profesional, que el acceso solicitado es razonablemente probable que cause daño sustancial a otra persona.
- La solicitud de acceso se hace por el representante personal del individuo y un profesional licenciado del cuidado de la salud ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que la provisión de acceso a tal representante personal es razonablemente probable que cause daño sustancial a usted u otra persona.

Si negamos una solicitud de acceso por cualquiera de las tres razones descritas anteriormente, entonces usted tiene el derecho a que nuestra negación sea revisada de acuerdo con los requerimientos de legislación aplicables.

4. Usted tiene el derecho de solicitar una corrección de su información de salud protegida, pero podemos rechazar su solicitud la corrección, si determinamos que la información de salud protegida o registro que es el 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 de salud protegida ya no está disponible para actuar sobre la enmienda solicitada.
- No es parte de su expediente médico o de facturación.
- No está disponible para su inspección según lo establecido anteriormente.
- No es exacta y completa.

En cualquier caso, cualquier acuerdo sobre la corrección será incluida adicionalmente, y no un reemplazo de los registros ya existentes.

5. Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de información de salud protegida hecha por nosotros a las personas o entidades distintas a usted por el período previsto por la ley, a excepción de las revelaciones:

- Para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica mencionadas anteriormente.
- Para las personas que participan en su cuidado o para otros fines de notificación conforme a lo dispuesto por la ley.
- Por razones de seguridad o de inteligencia nacional previstas por la ley.
- Para instituciones correccionales o agentes del orden a lo dispuesto por la ley.
- Aquellas ocurridas antes del 14 de abril de 2003.
- Aquellas no requeridas por ley que deben incluirse en la contabilidad.

6. Usted tiene el derecho de solicitar y recibir una copia impresa de este aviso de nosotros.

7. Los derechos antes mencionados sólo podrán ejercerse mediante comunicación escrita a nosotros. Cualquier revocación o modificación del consentimiento debe ser por escrito entregado a nosotros.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe comunicarse inmediatamente con nuestra práctica o nuestro Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No tomaremos medidas en su contra por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Nombre en Imprinta

Iniciales