

# LAKEWOOD MEDICAL PARTNERS

## INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

NOBRE DEL DOCTOR/MEDICO \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		
DOMICILIO	APT. #	TELEFONO DE CASA ( ) CORREO ELECTRONICO:
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> OTRO ESTADO _____	FECHA DE NACIMIENTO MES/DIA/AÑO
EMPLEO DEL PACIENTE		SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE #
DIRECCION DEL EMPLEO		
NOBRE DE SU ESPOSO/ESPOSA	FECHA DE NACIMIENTO MES/DIA/AÑO	# DE SEGURO SOCIAL DE SU PAREJA TELEFONO DEL TRABAJO ( ) TELEFONO CELULAR ( )
EMPLEO DE SU PAREJA	DIRECCION DEL EMPLEO	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	RELACION AL PACIENTE	TELEFONO # ( )
SEGURO MEDICO (POLIZA PRINCIPAL DEL PACIENTE)		
COMPANIA DE SEGUROS	FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA MES/DIA/AÑO	
NOMBRE DEL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> SI MISMO <input type="checkbox"/> PARIENTE (PADRE/MADRE) <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA _____	COPAGO \$ _____
EMPLEO DE LA PERSONA ASEGURADA		
DIRECCION DE LA OFICINA DE SEGURO (DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES)		TELEFONO DE LA OFICINA DE SEGUROS #
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE POLIZA	NUMERO DE GRUPO	SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL #
SEGURO MEDICO (POLIZA SECUNDARIA O POLIZA ADICIONAL)		
COMPANIA DE SEGUROS	FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA MES/DIA/AÑO	
NOMBRE DEL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> SI MISMO <input type="checkbox"/> PARIENTE (PADRE/MADRE) <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA _____	COPAGO \$ _____
EMPLEO DE LA PERSONA ASEGURADA		
DIRECCION DE LA OFICINA DE SEGURO (DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES)		TELEFONO DE LA OFICINA DE SEGUROS #
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE POLIZA	NUMERO DE GRUPO	# DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL
TIENE ALGUNA OTRA POLIZA DE SEGUROS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS	# DE TELEFONO ( )
QUIEN FUE LA PERSONA QUE LO INFORMO SOBRE NUESTRA OFICINA?	DOCTOR PRINCIPAL	

### AUTORIZACIONES Y ASIGNACIONES

Yo autorizo a Lakewood Medical Partners el derecho de proveer a mi compañía de seguros y sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios que se pagaran por mi visita a la oficina del medico. Yo autorizo el pago de estos beneficios de seguro a **LAKEWOOD MEDICAL PARTNERS**. Yo comprendo que ultimadamente soy responsable por el pago de todos los servicios medicos, esten o no esten cuviertos bajo mi poliza de seguros medicos. También autorizo que mi doctor, a su discreción, tenga acceso a mi información medica y doy permiso que la información se pueda usar en cualquier revision administrativa.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**Lakewood Medical Partners**  
**Entendimiento Completo de Recibo**  
**Noticia de Prácticas Privadas**

Me han provisto un Aviso de Prácticas Privadas, que me proporciona aún más completa descripción de los usos y divulgaciones de mi información relacionado con la salud mia. Yo comprendo que Lakewood Medical Partners reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y antes de que se hagan cambios proporcionarán una copia actualizada sobre el sitio de la pagina de la red de la clínica y el consultorio del médico. Yo puedo solicitar una copia de la actualizacion de Avisos de Prácticas Privadas, llamando a mi oficina del médico o solicitando una copia en persona durante la cita.

---

Firma del Paciente o Representante Personal

---

Fecha de Nacimiento

---

Nombre del Paciente o Representante Personal

---

Fecha

---

Relación al Paciente

---

Testigo

---

Fecha

Abajo se encuentran los nombres de las personas las cuales yo les doy permiso de estar presente y/o tener participación durante mi tratamiento medico o las cuales les brindo acceso a mis expedientes/documentos medicos, y son protegidos por ley. Doy permiso que Lakewood Medical Partners comparta mi información medica con las siguientes personas:

---

Nombre

---

Relación

---

Nombre

---

Relación

---

Nombre

---

Relación

## **Lakewood Medical Partners Noticia de Practicas Privadas**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICA TOCANTE A USTED PODRÁ SER USADA Y REVELADA, Y TAMBIEN COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE.**

**SÍ USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA INFORMACIÓN, POR FAVOR LLAME A NUESTRO OFICIAL PRIVADO AL (817) 514-5200 O ESCRIBAMOS A ESTA DIRECCION: 9003 AIRPORT FREEWAY, SUITE 300, NORTH RICHLAND HILLS, TEXAS, 76180.**

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su protegida información de salud para llevar a cabo su tratamiento, el pago por el cuidado de su salud, o la atención médica (clínica) y las operaciones para otros fines que son permitidos o requeridos por la ley. Ellos también describe sus derechos de acceso y el control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted que puede identificarlo y que se refiere a su pasado, presente o futura salud física, mental o condicional que es relacionado con la atención médica.

Estamos obligados a mantener la privacidad de la información de salud protegida, ya que cumple los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso a cualquier momento. El nuevo aviso se aplicarán a todos información de salud protegida por nosotros que tengamos en ese momento. Tras su solicitud, le proporcionaremos cualquier notificación revisada de Prácticas de Privacidad a través de nuestro sitio la red, [www. LakewoodMedicalPartners.com](http://www.LakewoodMedicalPartners.com), o llamaremos a la oficina solicitando una copia revisada, se le enviara por correo o se le otorgara en su próxima cita. También se le otorgara y se publicara una copia actualizada en la oficina de su médico.

### **A. Tratamiento, Pago, Operaciones de Cuidado Medico**

#### **Tratamiento**

Somos permitidos a usar y divulgar su información medica a todos involucrados bajo su tratamiento. Nuestra oficina podria compartirá su información con otras oficinas medicas. Por ejemplo, su cuidado podrá requerir el involucramiento de un especialista. Cuando le referimos a ese medico, compartiremos alguna o toda su información medica con ese medico / medica para facilitar el entrego de cuidado. O, si el médico en su oficina es un especialista, y da la utilización de este idioma. Por ejemplo, el medico / medica en esta practica es especialista. Cuando proporcionamos tratamiento, podemos pedir que su medico de cuidado primario comparta su información medica con nosotros. También, podemos proporcionar a su medico de cuidado primario, información tocante su

condición particular para que su médico de cuidado primario lo pueda tratar apropiadamente en otras condiciones médicas, si hay algunas.)

### **Pago**

Somos permitidos a usar y divulgar su información médica para cobrar y coleccionar pago por los servicios dirigidos a usted. Por ejemplo, podremos completar un formulario de reclamo para conseguir pago de su asegurador o HMO. Esa forma contiene información médica, así como una descripción de el servicio médico proporcionado a usted, el cual su asegurador o HMO necesita aprobar el pago a nosotros.

### **Operaciones de Cuidado de Médico**

Somos permitidos a utilizar o divulgar su información médica para las intenciones de operaciones de cuidado de médico, cuales son actividades que soportan esta práctica y aseguran que cuidado de calidad se entregue. Por ejemplo, "es posible contratar los servicios de un profesional para ayudar a esta práctica en el cumplimiento de sus programas. Esta persona revisará la facturación y expedientes médicos para que podamos mantener nuestro cumplimiento con los reglamentos y la ley" O "nosotros podremos solicitar a otro médico para examinar esta práctica de las cartas y registros médicos para evaluar nuestro desempeño a fin de que podamos garantizar que esta práctica sólo proporciona el mejor cuidado de la salud." Para más información sobre "operaciones de cuidado de salud" vea la definición en el reglamento en 45 CFR § 164,501. Un enlace a la regulación está disponible en el sitio web de TMA.]

## **B. Declaraciones que se pueden realizar sin autorización escrita o una oportunidad de refutar**

Hay algunas situaciones en cuales somos permitidos a divulgar o utilizar su información médica sin su autorización escrita o sin oportunidad de refutar. En otras situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de divulgar o utilizar alguna identificación de información de salud tocante usted. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, después podrá revocar aquella autorización por escrito, para detener usos y declaraciones futuras. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicara a declaraciones o usos ya hechos en esa autorización.

### **Salud Pública, Abuso o Descuido y Supervisión Médica**

Podemos divulgar su información médica para actividades públicas de salud. Actividades de salud públicas son encargadas por gobierno federal, estatal o gobierno local para la colección de información tocante enfermedades, estadísticas esenciales (nacimientos o mortalidades) o daño por una autoridad de salud pública. Podemos divulgar su información médica, para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos, o notificar a la gente acerca de revocaciones de productos cuales estén usando.

Porque la ley de Texas requiere médicos/ médicas que reporten el abuso o descuido de niños, podemos revelar información médica a una agencia pública autorizada a recibir reportes de abuso o descuido de niños. La ley de Texas también requiere cualquier persona que sospeche que algún anciano o incapacitado este bajo el abuso o descuido, o

explotación, reportar la información a el estado y las regulaciones privadas de HIPAA permiten divulgar información para reportar el abuso o descuido de ancianos o incapacitados.

Podemos divulgar su información medica a una agencia de omisión de salud para aquellas actividades autorizadas por la ley. Muestras de estas actividades son revisiones, investigaciones, aplicaciones de licencia, y inspecciones, todas cuales son actividades del gobierno dirigidas para verificar el sistema de entrego sobre el cuidado de salud, y rendimiento con otras leyes, así como las leyes de derechos civiles.

### **Procedimientos Legales y Ejecución de la Ley.**

Podemos divulgar su información medica en el curso de procedimientos judiciales y administración en respuesta a una orden de la corte (o el encargado de decisiones administrativas) o otro proceso legal apropiado. Ciertos requerimientos deben ser cumplidos antes que la información sea divulgada.

Si somos preguntados por un oficial de ejecución legal, podemos revelar su información medica bajo circunstancias limitadas cuales son proporcionadas:

- La información es divulgada por consecuencia a proceso legal, así como una escritura o citación;
- La información pertenece a una victima de crimen y usted es incapacitado;
- La información pertenece a una persona que ha fallecido bajos circunstancias que sean relacionadas a conducto criminal;
- La información es tocante una victima de crimen y no podemos conseguir la conformidad de la persona;
- La información es divulgada por el caso que un crimen has sucedido en este solar (local?); o
- La información es divulgada para localizar un fugitivo, persona extraviada, o persona sospechada.

Podemos también divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o reducir el amenaza inminente a la salud o seguridad de un persona.

### **Compensación de trabajadores**

Podemos divulgar su información medica así como es requerida por la ley de compensación de trabajadores.

### **Habitadores de Prisión**

Si usted es un habitador de prisión, o bajo la custodia de la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la institución correccional o a un oficial de la ley. Este descargo es permitido a conceder la institución que le proporcione cuidado medico, para proteger su salud y la salud de otros, o la seguridad de la institución.

### **Militara, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, Protección del Presidente**

Podemos divulgar su información medica para funciones especializadas del gobierno así como separación o absolución del servicio militar, solicitudes necesarias por oficiales comandantes apropiados de la militar (sí usted se encuentra en la militar.), servicios de inteligencias y seguridad nacional autorizados, así como las actividades autorizadas para la provisión de servicios protectorios para el presidente de Los Estados Unidos, otros oficiales autorizados del gobierno, y encargados del estado del extranjero.

### **Escudriñamiento, Donación de Órganos, Coronares, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales**

Cuando un proyecto de escudriñamiento y sus protecciones privadas han sido aprobadas por un junta institucional de revista, o junta de privado, podemos divulgar información medica a investigadores para causas de escudriñamiento. Podemos divulgar información medica a organizaciones de obtenciones de órganos, para la causa de facilitar un órgano, ojo, o donación de elementos anatómicos si usted es un donador.

También, podemos revelar su información medica a un examinador medico para identificar una persona fallecida o la causa de muerte. Además, podemos revelar su información medica a un director de funerales cuando esta divulgación es necesaria para que el director pueda cumplir con sus obligaciones.

### **Exigido por Ley**

Podemos revelar su información medica cuando la divulgación es exigida por ley.

## **C. Derechos Individuales Bajo las Regulaciones Federales**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos ha creado regulaciones intentadas a proteger el aislamiento del paciente así como requerido por HIPAA. Esos reglamentos producen varios privilegios cuales los pacientes pueden utilizar. No talionaremos contra pacientes quienes utilicen sus derechos de HIPAA.

### **Restricciones Solicitadas**

Usted puede solicitar que limitemos como su información protegida de salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. NO tenemos que convenir a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud con excepción de circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, entregue lo siguiente por escrito: (a) la información bajo restricción, (b) que tipo de restricción solicita (por ejemplo, en el uso de información, divulgación de información, o ambos,) y (c) a quienes se le aplican las restricciones. Favor de mandar la solicitud a la persona nombrada abajo.

También puede solicitar que limitemos divulgación a miembros de familia, otros parientes, o amigos personales cuales sean o no sean involucrados en su cuidado.

### **Recibiendo Comunicaciones Confidenciales por Métodos Alternativos**

Puede solicitar que enviemos comunicaciones de información de salud protegida por métodos alternativos o a un local alternativo. Esta solicitud debe ser por escrita a la persona nombrada abajo. Somos requeridos a proveer solamente solicitudes *razonables*. Favor de especificar en su correspondencia exactamente como gusta que nos comuniquemos con usted, y si dirige a mandarlo a un lugar particular, favor de proporcionar la información de contacto.

### **Inspección y Copias de Información de Salud Protegida**

Puede examinar y/ o copiar información de salud que se encuentra dentro de los archivos designados (designated record set), cual es información que se utiliza para tomar decisiones tocante su salud. La ley de Texas requiere que solicitudes de copias sean hechas por escrito, y pedimos que solicitudes para inspección de su información de salud, también sean por escrito. Favor de mandar su solicitud a la persona nombrada abajo.

Podemos pedir que un narrativo de esa información sea proporcionado en vez de copias. Sin Embargo, si usted no esta de acuerdo con nuestra solicitud, le proporcionaremos copias.

Podemos negarnos a proporcionar alguna de la información que usted pide a examinar o que sea copiada. Podemos negarnos a proporcionar acceso a copias de alguna de la información por las siguientes razones:

- Si la información son notas de psicoterapia.
- Si la información divulga la identificación de alguna persona quien proporciono información bajo la promesa de secreto.
- Si la información es sujeta a Las Reformaciones de 1988 de Mejoramiento de Laboratorio Clínico (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1998).
- Si la información ha sido juntada en anticipo de litigio.

Podemos negar proporcionar acceso a, o copias de alguna información por otras razones, bajo la condición que arreglemos un examen de su decisión tocante su solicitud. Este examen será hecho por otro proporcionado licenciado de cuidado de salud, quien no ha sido involucrado en cualquier decisión hecha anteriormente para negar acceso.

La ley de Texas nos requiere que estemos listos para proporcionar copias o narrativo dentro de 15 días de su solicitud. Lo informaremos cuando los archivos estén listos o si creemos que acceso sea limitado. Si le negamos acceso, le informaremos por escrito.

HIPAA nos permite cobrar una recompensa razonable de costo.

### **Reformación De Información Medica**

Usted puede pedir una reformación de su información medica en el archivo designado.

Cualquier solicitud debe ser por escrito a la persona mencionada abajo. Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar una reformación por las razones siguientes:

- Si la información no fue creada por esta practica o los médicos en esta practica.
- Si la información no es parte de el archivo designado.
- Si la información no es disponible para inspección a causa de una denegación apropiada.
- Si la información esta completa y correcta.

Aunque le neguemos una reformación, usted es permitido a incluir una declaración de paciente tocante la información aplicable en su archivo medico. Si le neguemos una reformación, le notificaremos por escrito.

Si le aprobamos la reformación, le notificaremos por escrito, admitiremos que se lleve a cabo, y le notificaremos a otros que hemos conseguido la información correcta.

### **Derecho a Obtener un Listado de Divulgaciones**

Las regulaciones de aislamiento de HIPAA le permiten a usted que solicite, a nosotros que le proporcionemos un listado de divulgaciones que son para otras causas además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o hechas por una autorización firmada por usted o su representante. Favor de enviar cualquier solicitud de responsabilidad a la persona nombrada abajo. Su primer listo de divulgaciones (dentro de un periodo de 12 meses) será gratis. Para solicitudes adicionales, dentro de ese periodo, somos permitidos de cobrar por el costo de proporcionar la lista. Si hay algún cargo, le notificaremos, y puede elegir a remover o modificar su solicitud antes de incurrir costos.

### **D. Recuerdos de Sitas, Tratamientos Alternativos, y Otros Beneficios Relacionados a la Salud**

Podemos comunicarnos con usted [por teléfono, correo, o ambos] para proporcionar recuerdos de sitas, información tocante métodos alternativos de tratamiento, y otros beneficios relacionados a la salud, y servicios que puedan servir de interés a usted.

### **E. Quejas**

Si usted se siente apesadado que sus derechos de aislamiento han sido violados, puede comunicarse con l a persona mencionada abajo. Además, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. No talionaremos contra usted por haber archivado una queja con nosotros o con el gobierno.

## **F. Nuestra Promesa a Usted**

Somos obligados por ley y regulación de proteger el aislamiento de su información medica, de proporcionale con este aviso de nuestras practicas de aislamiento con respeto a la información de salud protegida, y de sostener los artículos del aviso de las practicas de aislamiento en efecto.

## **G. Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes**

Si usted tiene alguna pregunta, o si desea hacer una solicitud relacionada a los derechos definidos arriba, favor de comunicarse con:

Nombre del Oficial de Privacidad: Stephen Eppstein

Dirección Postal: 9003 Airport Freeway, Suite 300, N. Richland Hills, TX 76180

Número de Teléfono: (817)514-5264

Número de Fax: (817)514-5210

Correo Electronico: [seppstein@ImpelManagement.com](mailto:seppstein@ImpelManagement.com)

Este aviso será efectivo en la siguiente fecha: 2004

NOTICE: The Office of the General Counsel of the Texas Medical Association provides this information with the express understanding that 1) no attorney-client relationship exists, 2) neither TMA nor its attorneys are engaged in providing legal advice and 3) that the information is of a general character. You should not rely on this information when dealing with personal legal matters; rather legal advice from retained legal counsel should be sought.

## **Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas**

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de Autoridad de Representante Personal





**LAKWOOD MEDICAL PARTNERS**  
**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE DE PEDIATRIA**

**HISTORIA FAMILIAR:** (Por favor, mencione las condiciones médicas que se ejecutan en su familia. Por ejemplo: asma, diabetes, células falciformes, trastorno hemorrágico, cáncer, enfermedades mentales, etc...)

	CONDICION(ES)	VIVOS?
PADRE:	_____	S / N
MADRE:	_____	S / N
HERMANO(S):	_____	S / N
HERMANA(S):	_____	S / N
ABUELOS:		
MATERNOS:	_____	S / N
PATERNOS:	_____	S / N

**FAVOR DE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LOS REGISTROS DE INMUNIZACIÓN PARA EL MÉDICO ASISTENTE.**

## **Lakewood Medical Partners Consentimiento de Tratamiento**

Con mi firma en este documento, yo doy autorización para que mi doctor y cualquier otro individuo que el o ella indique como apropiado me haga exámenes, pruebas, o cualquier otro tratamiento que piense que sea necesario para obtener un diagnóstico o tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para todas las visitas al doctor o las oficinas de Lakewood Medical Partners, a menos que yo revoque este consentimiento oralmente o por escrito.

Por favor informece, que la ley de Texas permite que le hagan la prueba de VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana) al paciente. VIH es el virus que esta asociado con SIDA (AIDS). La prueba se podrá hacer bajo las siguientes condiciones: 1) para examinar sangre, productos de sangre, o órganos que podrían ser donados; 2) si otro individuo fue expuesto accidentalmente a la sangre de un paciente o fue expuesto a otras secreciones humanas, por ejemplo por una aguja (la prueba será conducida bajo los protocolos de Lakewood Medical Partners) si un tratamiento médico o quirúrgico es aplicado al paciente donde el médico o otras personas médicas podrían estar expuestas a la sangre o secreciones humanas del paciente. Esta revelación es para informarlo que la prueba de VIH se le puede hacer a usted, al costo de Lakewood Medical Partners, si cualquiera de las condiciones ocurre durante su periodo de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## LAKWOOD MEDICAL PARTNERS

### Póliza Sobre el Pago de Servicios

Gracias por haber escogido a Lakewood Medical Partners para el mantenimiento de su salud. Estamos cometidos a proveer 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 servicios.

**Todos nuestros pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir servicios.**

❖ **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente sobre su póliza de seguros.**

► Si usted falla en proporcionarnos la información precisa sobre su póliza de seguro médico en buen tiempo, su compañía de seguro podría rechazar su reclamo de beneficios. Si su reclamo es rechazado, usted se hace responsable por el costo de los servicios que le hemos proporcionado.

► Debemos enfatizar que nosotros, como los que le proporcionan servicios médicos, somos los que tenemos la relación con usted, el paciente, y que la relación no es con su compañía de seguros. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad saber y comprender el nivel de servicios médicos que si o no tienen cobertura bajo su póliza de seguros.

► Nosotros podemos aceptar su póliza de seguros después de verificar que usted tiene beneficios bajo la póliza. Es posible que algunos o todos los servicios no sean cubiertos por su póliza. **En tal caso, usted será responsable por el costo de todos los servicios que no tengan cobertura bajo su póliza.**

► Antes de recibir servicios médicos, usted debe verificar que nosotros aceptamos su póliza de seguros. También es necesario que usted haya designado con su compañía de seguros a su doctor primario como su doctor principal (si esto es requerido por su compañía de seguros). En el evento que nuestros médicos no participen en su plan de seguros, nosotros mandaremos el reclamo inicial solamente como una cortesía, pero los servicios tendrán que ser pagados el mismo día de su visita a nuestra clínica.

► Por nuestros servicios, nosotros cobramos lo que se acostumbra en nuestra región y localmente. Usted es responsable por el pago completo de la cuenta, a pesar de lo que cubra o no cubra su compañía de seguros o a pesar de la cantidad que su compañía de seguros determine como el costo usual de los servicios.

► Los co-pagos, pagos bajo otra póliza de seguros, y deducibles se deberán pagar al mismo tiempo de su visita a nuestra clínica. Nosotros estimaremos la cantidad que nos debe, basándonos en la información que recibimos de su compañía de seguros. Pero, usted es responsable por pagar toda la cantidad determinada por su compañía de seguros, después que hayan pagado su reclamo – aunque esa cantidad sea más de lo que estimamos al principio.

❖ **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente tocante a su domicilio y otra información necesaria para cobrarle por los servicios médicos.**

► Usted deberá proveer su más reciente domicilio, todos sus números de teléfono y otra información necesaria para comunicarnos con usted sobre su cuenta. Si hay cambios con esa información, es su responsabilidad de comunicarse con nosotros sobre ese cambio de información.

► Nosotros le mandaremos información sobre su cuenta (al domicilio que usted nos indique) para notificarlo sobre cualquier balance que usted deba. Si tiene cualquier pregunta, o no esta de acuerdo con lo que le estamos cobrando o con su balance, es su responsabilidad hablarnos a nuestras oficinas en menos de 30 días después de la fecha de haber recibido su copia inicial de la cuenta. Usted puede hablar al **(817) 514-5200** o **1-800-555-1429**.

► **El saldo pendiente (su balance) se tendrá que pagar por completo al recibir la cuenta.** Los saldos pendientes que no sean pagados por completo durante los 30 días de la fecha marcada en la cuenta se consideran como deudas delincuentes. **Las cuentas consideradas delincuentes serán sujetas a un cargo mensual de \$5 y podrían ser referidas a una agencia de colecciones o a un abogado como parte de nuestros esfuerzos de recibir pago.** Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.

► Si usted es incapaz de pagar su saldo pendiente por completo, deberá llamar a nuestra oficina de negocios para entrar en un acuerdo de pagos. Cualquier cargo adicional será incluido en este acuerdo mutuo. Si usted falla en hacer sus pagos, su cuenta será referida a una agencia de colecciones y / o a un abogado. Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.

► Si referimos su cuenta a una agencia de colecciones, usted será notificado por correo certificado y no podrá recibir servicios de nuestros médicos o de nuestra clínica, Lakewood Medical Partners. Si no acepta nuestra carta certificada (o no recoge la carta en la oficina de correo) afirma que le hemos notificado de la terminación de servicios.

► En el evento que usted nos pague con un cheque que sea devuelto por el banco por cualquier razón, le agregaremos \$25.00 a su cuenta. En adición, nosotros podríamos tomar todos nuestros derechos bajo las leyes del estado de Texas.

► Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.

► **Podemos cancelar o cambiar la fecha de su consulta si su cuenta esta delinciente.**

Firma de la persona que se hace responsable por la cuenta

Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

# LAKWOOD MEDICAL PARTNERS

## La Autorización para Divulgar Información Médica a Lakewood Medical Partners

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo  
(Nombre del paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona / entida que debera publicar a los registros)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la persona / entida que debera publicar a los registros)

publique a la siguiente información por correo, fax, verbalmente o por vía electrónica a:

**LAKWOOD MEDICAL PARTNERS**

6333 E. Mockingbird Ln., Suite 126  
Dallas, TX 75214

Office (214) 826-6005 Fax (214) 826-6012

Para los registros de salud: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona cuyo registro será divulgada) (Número de Seguro Social)

Para el proposito de: \_\_\_\_\_

### Todos los registros

Declaraciones de gastos o pagos

Registros de todas las visitas

Información de SIDA o VIH

Historia y examen físico

Recors de visita para una fecha determinada(s).

Espesifique las fechas exactas o se limitan a: \_\_\_\_\_

Copias de registros o informes previstos para el distribuidor antes mencionado (es decir, hospital, laboratorio, clínica, etc)

Tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y drogas

Otros (sea específico): \_\_\_\_\_

Toma Nota de los Progresos

Aprobación de la Gestión Resumen

Informes de Consulta

Información de Hepatitis

Las fotografías, cintas de vídeo, digitales, u otras imágenes

### Esta autorización se da libremente en el entendimiento de que:

1. Cualquier o todo registro, ya sea escrita, oral, o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa y por escrito, exepto contraria de la ley.
2. Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepto cuando esta información ya ha sido publicada.
4. Lakewood Medical Partners, sus empleados, funcionarios, y los médicos tienen autorizacion de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad para la recepción informativa anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.
5. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización podrá ser objeto de revelación por parte del receptor y no podrán ser protegidos por esta norma.
6. Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma Legal del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Caducidad de la Autorización

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## POR FAVOR LLAME A SU COMPAÑÍA DE SEGURO

Como usted probablemente sabe, la cobertura en la mayoría de pólizas de seguro de salud han cambiado. En un esfuerzo para ayudar a nuestros pacientes en la comprensión de sus coberturas de seguro, hemos definido **las siguientes preguntas que usted debe preguntar** a su compañía de seguros. Si usted tiene una nueva compañía de seguros (o usted ha tenido el mismo plan de seguro durante años), estas preguntas se debe hacer hoy para determinar los cambios en la cobertura. Estas son sólo algunas sugerencias. Usted puede y debe de preguntar cualquier otra pregunta que usted tenga cuando haga la llamada a su compañía de aseguranza.

1. ¿Cuál es mi fecha de entrada efectiva? \_\_\_\_\_
2. ¿Si tengo cobertura con más de un seguro, cual seguro viene siendo primario? \_\_\_\_\_  
  
¿Cuál es secundario? \_\_\_\_\_  
  
¿Qué empresa es la principal para mi hijo si yo y mi cónyuges tienen cobertura?  
\_\_\_\_\_
3. ¿Es mi seguro HMO, POS, PPO o indemnización? ¿Qué significa esto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Tengo beneficios fuera del la cadena? \_\_\_\_\_
5. ¿Mi seguro exige por escrito la remisión a los especialistas? \_\_\_\_\_
6. ¿Tengo un deducible? \_\_\_\_\_ ¿Qué significa esto para mí, y cuánto se ha cumplido?  
  
¿Para que sirve el deducible? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Puedo contar con co-seguro en las cantidades adecuadas por encima de mi copago? \_\_\_\_\_  
Sí la respuesta fue si, cuál es la cantidad?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es el copago de mi doctor (PCP) cuando visite? \_\_\_\_\_

¿Cuanto sera el copago al especialista cuando lo visite? \_\_\_\_\_

¿Debera ser un especialista OBGYN, si yo sólo voy para mi visita ginecológica anual? \_\_\_\_\_

9. ¿Con qué frecuencia puedo visitar / o miembros de mi familia sí tienen una prevención física / examen al bienestar de la mujer/ o visita del niño? \_\_\_\_\_  
Según sus registros, ¿cuando yo o los miembros de mi familia tubieron estos tipos de exámenes?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay una porción de copago para prevención física y bienestar de la mujer, ¿como exámenes / visitas para los niño? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Cuando visite / o si miembros de la familia tienen una prevención física / examen al bienestar de la mujer/ o visita del niño, hay algo que NO este cubierto? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tengo que pagar? \_\_\_\_\_

10. ¿Existe un límite de gastos, coseguro o deducible en mi cobertura preventiva? \_\_\_\_\_ Si es así, cuánto? \_\_\_\_\_
11. ¿Existe un **copago, coseguro o deducible** si recorro a laboratorios o procedimientos sin ver al médico o asistente médico? \_\_\_\_\_  
¿Qué pasa si los procedimientos o trabajo de laboratorio se producen en un día (s) antes o después de mi cita? \_\_\_\_\_
12. ¿Tengo cobertura para las pruebas de cribado? (Colonoscopia, prueba de esfuerzo, laboratorios, mamografías, pruebas de densidad ósea, EKG, etc) Si así es, cuál es el porcentaje al que estas pruebas están cubiertas? \_\_\_\_\_
13. ¿Tengo cobertura de inmunizaciones preventiva? \_\_\_\_\_ ¿Viajes Inmunizaciones? \_\_\_\_\_  
¿Hay un co-pago cuando voy al médico por las vacunas sólo? \_\_\_\_\_ ¿Para los niños, hay un costo anual para limitar las vacunas preventivas? \_\_\_\_\_ ¿Si es así, cuánto? \_\_\_\_\_
14. ¿Qué condiciones pre-existentes no están cubiertos por mi seguro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA:** Pacientes de Medicare deberan saber cuando el pagos se aplican, sobre todo cuando Medicare está ofreciendo un servicio de salud / examen.