Su proveedor es un médico de HealthTexas

HEALTHTEXAS
PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

La red de proveedores **HealthTexas Provider Network** es la segunda subsidiaria más grande del Baylor Scott & White Health. La extensión de nuestra red abarca a casi 1,050 proveedores que prestan servicios a pacientes en alrededor de 315 instalaciones de cuidados médicos por toda el área del norte de Texas y Fort Worth. Estos proveedores se han comprometido a ofrecerle calidad y servicio excepcional cuando se trata de atender a sus necesidades médicas.

Colocar sus necesidades de atención médica en las manos de un médico de HealthTexas quiere decir que se coordinarán sus cuidados médicos por toda la red de Baylor Scott & White Health.

Siempre que se atienda con un médico de atención primaria o especializada de HealthTexas, mantendremos su paquete de inscripción lleno y su expediente médico debidamente guardados en nuestro sistema de expedientes médicos electrónicos, permitiéndole así a cualquier médico de HealthTexas tener acceso a la información necesaria para brindarle a usted y su familia la mejor atención médica posible.

Beneficios de pertenecer a la red de proveedores HealthTexas Provider Network:

- **Formularios que se llena una sola vez**
  Los formularios de inscripción que está llenando hoy solo deberá **llenarlos una sola vez**.
- **Sistema de expedientes médicos electrónicos**
  Este sistema guarda sus expedientes médicos (así como la información sobre medicamentos, alergias u otros problemas médicos que pueda tener) y permite que los médicos puedan acceder fácilmente a referencias, consultas y materiales educativos para los pacientes.
- **Atención médica mejor coordinada**
  Nuestras instalaciones de atención primaria han sido reconocidas por el comité nacional de promoción de calidad National Committee for Quality Assurance (NCQA) como hogares médicos centrados en el paciente (o en inglés, Physician Connections-Patient-Centered Medical Homes [PPC-PCMH]). De esta manera nuestros médicos pueden coordinar fácilmente sus cuidados médicos a través de toda nuestra red de especialistas, laboratorios y hospitales, según sus necesidades especiales.

Le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y por haber elegido a un médico de HealthTexas para satisfacer y dar seguimiento a sus necesidades de atención médica. Consulte nuestro listado de consultorios en **www.healthtexasdoctors.com**.

Patient-Centered Medical Home
NCQA
RECOGNIZED PRACTICE

Los médicos son empleados de la red HealthTexas Provider Network, una filial de Baylor Health Care System. ©2012 Baylor Health Care System. BID HTPN_1774 12.12

Advanced Endoscopy Consultants of Texas
Advanced Heart Failure Clinic
Advanced Lung Disease Specialists
Advanced Vein Clinic of North Texas
Arrhythmia Management
Baylor Center for Inflammatory Bowel Diseases
Baylor Community Care at Carrollton
Baylor Community Care at Fort Worth
Baylor Community Care at Garland
Baylor Community Care at Worth Street
Baylor Endocrine Center
Baylor Family Health Center at Cityview
Baylor Family Health Center at Mesquite
Baylor Family Health Center at Richardson
Baylor Family Medical Center at Grapevine
Baylor Family Medical Center at Midlothian
Baylor Family Medical Center at Murphy
Baylor Family Medical Center at Red Oak
Baylor Family Medical Center at Riverside
Baylor Family Medical Center at Rockwall
Baylor Family Medical Center at Southwest Fort Worth
Baylor Family Medicine at Aubrey
Baylor Family Medicine at Carrollton
Baylor Family Medicine at Cedar Hill
Baylor Family Medicine at Coppell
Baylor Family Medicine at Flower Mound
Baylor Family Medicine at Fort Worth
Baylor Family Medicine at Frankford & Josey
Baylor Family Medicine at Frisco
Baylor Family Medicine at Garland
Baylor Family Medicine at Highland Village
Baylor Family Medicine at Keller
Baylor Family Medicine at Lake Ridge
Baylor Family Medicine at McKinney
Baylor Family Medicine at Plano
Baylor Family Medicine at Prosper
Baylor Family Medicine at Roanoke and Trophy Club
Baylor Family Medicine at Southwest Fort Worth
Baylor Family Medicine at Stonebridge
Baylor Family Medicine at The Colony
Baylor Family Medicine at Uptown
Baylor Family Medicine at Weatherford
Baylor Family Medicine at Wylie
Baylor Housecalls
Baylor Internal Medicine Associates at McKinney
Baylor Medical Psychology Consultants
Baylor Neurosurgery Associates
Baylor Occupational & Family Health Center at TI
Baylor Pediatric and Adolescent Associates
Baylor Pediatric Center
Baylor Physical Medicine and Rehabilitation Physicians
Baylor Preferred Health at BUMC
Baylor Preferred Health at Park Cities
Baylor Residency at Dallas
Baylor Scott & White Family Medical Center Waxahachie
Baylor Scott & White Family Medicine Burleson
Baylor Scott & White Family Medicine Grapevine
Baylor Scott & White Family Medicine Lakewood
Baylor Scott & White Neurology at Dallas
Baylor Scott & White Orthopedics at Garland
Baylor Scott & White Orthopedics at McKinney
Baylor Senior Health Center - Garland
Baylor Senior Health Center - Geriatrics Center
Baylor Senior Health Center - Mesquite
Baylor Specialty Associates of Fort Worth
Baylor Transplant Services
Behavioral Health Specialists of Dallas
Breast Care Specialists of Texas
Cancer Institute of Dallas
Cardiac and Thoracic Surgery at Baylor University Medical Center
Cardiac Surgery Specialists
Cardiology Associates
Cardiology Consultants of Texas
Cardiovascular Consultants
Carrollton Inpatient Care Unit
Casa Linda Pediatrics
Centennial Family Medicine at Craig Ranch
Centennial Family Medicine at East Frisco
Centennial Family Medicine at Melissa
Centennial Family Medicine at Prosper
Centennial Family Medicine Group at Frisco
Centennial Internal Medicine and Wellness
Centennial Medical Group at West Frisco
Centennial Primary Health and Wellness Group at Frisco
Center for Metabolic and Weight Loss Surgery of Dallas
Center for Thoracic Surgery
CitySquare
Cognitive and Behavioral Neurology Associates
Colleyville Family Medicine
Colon & Rectal Surgical Associates
Colon and Rectal Surgical Consultants of North Texas
Comprehensive Stroke Clinic
Congestive Heart Failure Clinic
Cottonwood Cardiology
Dallas Arrhythmia Group
Dallas Diagnostic Association - Garland
Dallas Diagnostic Association - Park Cities
Dallas Diagnostic Association - Plano
Denton Heart Group
Dermatology Specialists of McKinney
Diabetes Health & Wellness Institute Family Health Center at the Juanita J. Craft Recreation Center
Digestive Disease Specialists of Waxahachie
Digestive Diseases Group
Douglass Community Clinic
East Lake Medical Group
Ellis County Orthopaedics
Endocrinology Specialists of McKinney
Endocrinology Specialists of North Texas
ENT Consultants of North Texas
ENT Specialists of Waxahachie
Family Medical Center at Baylor
Family Medical Center at Garland
Family Medical Center at North Garland
Family Medical Center at Terrell
Grapevine Cardiothoracic Surgery Specialists
Grapevine Vein Clinic
Gynecology Specialists of Garland
Headache Medicine Specialists of North Texas
Hemorrhoid Institute of North Texas
Hip Preservation Center at Baylor University Medical Center at Dallas
Hope Clinic
Innovative Surgical Care of Dallas
Innovative Surgical Care of Frisco
Inpatient Care Unit at Baylor Medical Center Garland
Internal Medicine Associates of Irving
Irving Community Clinic
Irving Coppell Internal Medicine
Lake Pointe Bone and Joint
Lake Pointe Medical Partners - Greenville
Lake Pointe Medical Partners - Hospitalists
Lake Pointe Medical Partners - Internal Medicine at Rowlett
Lake Pointe Medical Partners - Rockwall
Lake Pointe Medical Partners - Rowlett
Lake Pointe Medical Partners - Royse City
Lake Pointe Medical Partners - Sachse
Lake Pointe Medical Partners Colon & Rectal Surgery
Lake Pointe Medical Partners Internal Medicine - North Rowlett
Lake Pointe Medical Partners Internal Medicine - West Rowlett
Lake Pointe Medical Partners Lung & Sleep Consultants - Rockwall
Lake Pointe Medical Partners Lung & Sleep Consultants - Rowlett
Lake Pointe Medical Partners Primary Care and Pediatrics
Lake Pointe Medical Partners Respiratory Disease Consultants
Lake Pointe Medical Partners Wylie
Lake Pointe OB/GYN - Rowlett
Lake Pointe Obstetrics & Gynecology
Lakewood Pediatrics
Lakewood Women's Center
Legacy Heart Center
Little Elm Medical Clinic
Liver Consultants of Texas
Liver Health
McKinney Inpatient Care Unit
Medical Partners of Lakewood
MedProvider
MedProvider Inpatient Care Unit
Mesquite Family Healthcare
Metroplex Surgical Specialists
Minimally Invasive Surgery Specialists
Modern Dermatology
Multiple Sclerosis Treatment Center of Dallas
Neurology Associates of Irving - Inpatient
Neurology Associates of Irving - Outpatient
Neurology Hospitalist Group
Neurometabolic & Undiagnosed Neurological Diseases
Neurovascular Associates of Texas
Neuro-Oncology Associates
North Hills Vascular
North Texas Colon & Rectal Associates
North Texas Orthopaedic Specialists
NTHCA - Endocrinology
NTHCA - Family Medicine
NTHCA - Inpatient Care Unit
NTHCA - Internal Medicine at Irving/Coppell
NTHCA - Pediatrics
Orthopaedic Consultants of North Texas
Orthopaedic Trauma Associates of North Texas
Orthopedic Associates of Dallas
Park Lane Endocrinology
Park Lane OB/GYN Associates
Pelvic Floor Center of North Texas
Personal Edge
Plano - Inpatient Care Unit
Preventive Cardiology and Advanced Lipidology Clinic
Pulmonary and Critical Care Associates of Garland
Pulmonary and Critical Care Specialists of Dallas
Pulmonary and Critical Care Specialists of Dallas Outpatient Practice
Riverside Obstetrics & Gynecology
Sandknop Family Practice - Forney
Sandknop Family Practice - Greenville
Sandknop Family Practice - Rockwall
Signature Medicine
Southlake Family Medicine
Spine Surgery Center
Sunnyvale Cardiology Associates
Supportive & Palliative Care at Baylor All Saints Medical Center at Fort Worth
Supportive & Palliative Care at Baylor University Medical Center at Dallas
Supportive & Palliative Care at Carrolton
Supportive & Palliative Care at Grapevine-Irving
Supportive & Palliative Care at Plano
Supportive and Palliative Care Clinic at Baylor Medical Center at McKinney
Surgical Institute
Surgical Oncology Specialists
Texas Cardiac Associates
Texas Orthopedic Partners
Texas Orthopedic Partners
Texas Pulmonary Critical Care Specialists
Texas Surgical Specialists
Texas Urogynecology Associates
The Heart Group
The Medicine Clinic of Plano
The Pain Center of North Texas
The Shoulder Center at BUMC at Dallas
The Urology Institute of Frisco Transplant Nephrology Clinic
TPC Hospitalist Group
Transplant Nephrology Clinic
Waxahachie Inpatient Care Unit
White Rock Medical Clinic

Formulario de inscripción para pacientes nuevos

Acct #

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

Información del paciente

Nombre del paciente: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	(Apellido de soltera)
Dirección: (Calle o apartado)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléf. domicilio	Teléf. trabajo	Teléf. celular	
Sexo (marque uno) ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**	Fecha de nacimiento / Edad	Núm. seguro social	Núm. licencia de conducir
Estado civil (marque uno) ☐ **Soltero/a** ☐ **Casado/a** ☐ **Divorciado/a** ☐ **Viudo/a**		Nombre del cónyuge (si corresponde)	
Empleador		Dirección del empleador	
Médico de atención primaria	Núm. de teléfono	Médico que refiere	Núm. de teléfono

¿Cómo se enteró del médico que lo atenderá hoy?

☐ Línea de referencia de Baylor ☐ Referencia durante actividad comunitaria ☐ Correspondencia directa
☐ Sala de emerg. ☐ Paciente establecido ☐ Familiar/Amigo ☐ Hospital ☐ Seguro ☐ Internet/Sitio Web
☐ Ubicación/Se enteró al pasar en el vehículo ☐ Periódico ☐ Referencia médica ☐ Radio/TV ☐ No sabe ☐ Páginas amarillas

Llene esta sección solamente si el paciente es menor de edad

Parte responsable

Parte responsable: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	(Apellido de soltera)
Dirección: (Calle o apartado)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléf. domicilio	Teléf. trabajo	Teléf. celular	
Sexo (marque uno) ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**	Fecha de nacimiento / Edad	Núm. seguro social	Núm. licencia de conducir

Información de seguro y del afiliado

Seguro médico **primario**	Fecha de entrada en vigencia	Seguro médico **secundario**	Fecha de entrada en vigencia
Dirección postal para reclamaciones		Dirección postal para reclamaciones	
Ciudad / Estado / Código postal		Ciudad / Estado / Código postal	
Núm. ident. de póliza	Núm. ident. de grupo	Núm. ident. de póliza	Núm. ident. de grupo
Afiliado (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	Afiliado (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento
Núm. seguro social del afiliado	Relación con el paciente	Núm. seguro social del afiliado	Relación con el paciente
Empleador del afiliado	Teléf. trabajo	Empleador del afiliado	Teléf. trabajo
Dirección del empleador del afiliado		Dirección del empleador del afiliado	
Ciudad / Estado / Código postal		Ciudad / Estado / Código postal	

Firma del paciente, padre o tutor legal _____ **Fecha** _____

Consentimiento para tratamientos y responsabilidad económica

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

Acct #

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente autorizo a los empleados y representantes de HealthTexas Provider Network, incluidos los médicos, ayudantes de médicos y enfermeros especializados así como a otros empleados y miembros del personal, a realizar evaluaciones médicas y brindar cuidados al paciente indicado a continuación. Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocado por escrito. Comprendo que, si no firmo este consentimiento, al paciente no se le brindará atención médica, salvo en caso de emergencia.

_____

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____

Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

Llene esta sección SOLAMENTE si el paciente es menor de edad

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente antes identificado cuando yo no esté disponible. Comprendo que esto autoriza a la(s) persona(s) antes mencionada(s) a otorgar su consentimiento para los procedimientos médicos y quirúrgicos y las vacunas del paciente. Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocado por escrito.

_____ _____

Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

Responsabilidad financiera

Por el presente, autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a HealthTexas Provider Network (en lo sucesivo "HT") y/o al médico a cargo por los servicios prestados. Autorizo mediante el presente documento la divulgación de información del expediente médico del paciente a la aseguradora de dicho paciente (o a sus empleados o representantes) según sea necesario para tramitar y llenar los documentos de reclamación de seguro médico del paciente. Entiendo que esta autorización podría incluir la divulgación de información referente a enfermedades contagiosas, como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA") y el Virus de la inmunodeficiencia humana ("VIH"). Comprendo que seré responsable económicamente de la totalidad de los cargos relacionados con los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguro del paciente. Acepto que todas las cantidades deberán pagarse cuando se soliciten y que serán pagaderas a HT. Además, comprendo que si tuviera una cuenta morosa, deberé pagar los honorarios de abogados y los gastos de cobro razonables a HT, si los hubiera.

Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocada por escrito. Comprendo que, si no firmo esta autorización para la divulgación de información, seré responsable de la totalidad del pago de los servicios antes de que estos sean prestados.

_____

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____

Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
AVISO DE PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN MÉDICA

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON CUIDADO.

Cómo entender su expediente/información médica

Este aviso describe las prácticas de HealthTexas Provider Network ("HTPN")[1] con respeto a su información médica protegida recopilada durante su estancia como paciente en HTPN. Quedan sujetos a este aviso HTPN, los médicos y el personal que esté autorizado para tener acceso a su expediente clínico. Además, HTPN y sus médicos pueden compartir información médica entre ellos por las razones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica que se describen en este aviso.

Abrimos un expediente de la atención y los servicios que usted recibe en HTPN. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Este aviso aplica a todos los registros de su atención en la HTPN.

Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de su información médica.

Su derecho a la información médica

Aunque su expediente médico es propiedad material de HTPN, la información pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y de las divulgaciones permitidas a las personas, incluidos los familiares que participen en su atención, y según lo señale la ley. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar una restricción solicitada, a menos que se relacione con una restricción sobre las divulgaciones que se hagan a su seguro médico respecto de elementos o servicios médicos que usted haya pagado de su bolsillo y en su totalidad.
- Obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de información;
- Inspeccionar y solicitar una copia de su expediente médico según lo señale la ley;
- Solicitar que modifiquemos su expediente médico según lo señala la ley. Le informaremos si no podemos cumplir con su solicitud de modificar su expediente médico;
- Obtener una relación de las divulgaciones de su información médica tal como lo señala la ley;
- Solicitar la comunicación de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Puede ejercer sus derechos descritos en este aviso si envía una solicitud por escrito, excepto en el caso de las solicitudes para obtener una copia impresa del aviso, al Funcionario de Cumplimiento a esta dirección: Compliance Officer, HealthTexas Provider Network, 8080 North Central Expressway, Suite 1700, LB 83, Dallas, TX 75206.

Nuestras responsabilidades

Además de las responsabilidades descritas con anterioridad, también estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información médica;
- Sujeto a ciertas excepciones conforme la ley, a dar aviso de cualquier adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizada de su información médica protegida en la medida que por lo demás no estaba asegurada;
- A entregarle un aviso respecto a nuestras obligaciones y prácticas de privacidad con respecto a la información que mantenemos sobre usted;
- Obedecer los términos de este aviso;
- Informarle si no podemos aceptar una restricción solicitada en ciertos usos y divulgaciones; y
- Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean vigentes para toda la información médica protegida de mantenemos, lo que incluye la información recopilada o recibida antes del cambio. Si nuestras prácticas informativas cambian no estamos obligados a informarle, pero pondremos a su disposición el aviso revisado si lo solicita a HTPN. El aviso revisado también se colocará en las oficinas de HTPN y en la página web del Baylor Health Care System en www.BaylorHealth.com.

Usos y divulgaciones de la información médica que no necesitan su autorización.

Las siguientes categorías describen distintas formas en las que podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización. Para cada categoría de usos y divulgaciones explicaremos lo que queremos decir, pero no se detallarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información sin su autorización deben entrar en alguna de las categorías.

Usaremos su información médica para el tratamiento.

Por ejemplo: Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o demás personal que

[1] *Los médicos son empleados de HealthTexas Provider Network y no son empleados ni representantes de Baylor Health Care System ni de las subsidiarias, comunidades o centros médicos afiliados a Baylor Health Care System.*

participe en darle atención en HTPN. Podemos compartir su información médica para poder coordinar diferentes tratamientos, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos entregar a su médico o proveedor de servicios de salud posterior con copias de varios reportes para ayudarle en su tratamiento una vez que se le dé de alta en HTPN.

Usaremos su información médica para el pago.

Por ejemplo: Se puede enviar la factura a usted o a un tercero pagador. La información en la factura o que la acompañe puede incluir información que le identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Usaremos su información médica para operaciones regulares de servicios médicos.

Por ejemplo: Podemos usar la información en su historial médico para evaluar la atención y resultados en su caso y otros similares. Esta información se usará entonces en un esfuerzo para mejorar de forma continua la calidad y efectividad de los cuidados y servicios de salud que proporcionamos.

Usaremos y divulgaremos su información médica de cualquier otra manera que permita la ley. Los siguientes son ejemplos de algunos usos y divulgaciones.

Asociados comerciales: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización mediante acuerdos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios de contestación y servicios de copiado. Para proteger su información médica, sin embargo, obligamos a los socios comerciales a salvaguardar de forma adecuada su información.

Notificación: A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar información para informar o ayudar a informar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención acerca de su localización y estado en general.

Personas que participan en su atención: A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un familiar, otro pariente, a un amigo personal cercano o a otra persona que usted identifique la información médica que es directamente relevante a la participación de dicha persona en el cuidado de su salud o pago de sus servicios médicos. Si usted no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar la información conforme sea necesario si determinamos que es en su mejor interés según nuestro criterio profesional.

Auxilio en caso de desastre: Podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones públicas o privadas de auxilio en caso de desastre para coordinar su atención o informar a su familia o amigos de su ubicación o estado en caso de desastre. Le brindaremos una oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones cuando sea práctico.

Investigación: Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para proteger la privacidad de su información médica.

Directores funerarios, forenses y examinadores médicos: Podemos divulgar información médica a directores funerarios, forenses y examinadores médicos conforme a la ley aplicable para que lleven a cabo sus deberes.

Organizaciones de obtención de órganos: Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o a otras entidades que participen en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos. Esto, para fines de donación y trasplante de tejidos.

Comunicaciones respecto a las alternativas de tratamiento y recordatorios de citas: Podemos ponernos en contacto con usted para enviarle recordatorios sobre sus citas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de interés para usted.

Recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos. Usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos enviando una solicitud por escrito a BHCS Foundation, 3600 Gaston Avenue, Barnett Tower, Suite 100, Dallas, TX 75246.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA en inglés): Podemos divulgar a la FDA información médica relacionada con eventos adversos respecto a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos de productos o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros de productos del mercado, reparaciones o sustituciones.

Indemnización a trabajadores (Workers' Compensation): Podemos divulgar información médica en la medida que se autorice y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización a trabajadores y otros programas similares establecidos por la ley.

Salud pública: Conforme lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica a autoridades de salud pública o legales encargadas de la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Abuso, abandono o violencia doméstica: Conforme lo indica la ley, podemos divulgar información médica a una autoridad de gobierno autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, abandono o violencia doméstica.

Fines judiciales, administrativas o de cumplimiento de la ley: Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar su información médica con fines judiciales, administrativos y de cumplimiento de la ley.

Actividades de supervisión de salud: Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias.

Amenazas a la salud o seguridad: Podemos usar o divulgar información médica como lo permita la ley si consideramos en buena fe

que es necesario para evitar o atenuar una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o el público o a las autoridades policiacas para identificar o aprehender a una persona involucrada en un delito.

Funciones especiales de gobierno: Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados con fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley o a los servicios de protección del Presidente de los Estados Unidos o de otros funcionarios de gobierno. Si usted es integrante de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica a las autoridades militares en ciertas circunstancias. Si usted está preso en una cárcel, prisión u otra institución correccional o en la custodia de personal policiaco, podemos divulgar la información médica necesaria para su salud y la salud y seguridad de los demás.

Según lo requiera o lo permita la ley: Divulgaremos su información médica cuando así lo requiera o permita la ley federal, estatal o local.

Intercambio Electrónico de Información médica: HTPN emplea a un tercero para mantener un Intercambio de Información médica (HIE, en inglés). HTPN almacena información médica electrónica sobre usted en el HIE. Su información médica electrónica de otros proveedores de servicios médico o entidades que no sean parte de HTPN o el Instituto que le haya tratado o le estén tratando también se almacena en el HIE y en HTPN, el Instituto y estos otros proveedores pueden usar el HIE para ver su información médica electrónica con los fines descritos en este Aviso, para coordinar su atención y conforme lo permita la ley. HTPN monitorea quién puede ver su información pero las personas y entidades que usan el HIE pueden divulgar su información a otros proveedores.

Usted puede optar por no participar en el HIE enviando una solicitud por escrito al Funcionario de Cumplimiento a esta dirección: HealthTexas Provider Network, 8080 North Central Expressway, Suite 1700, LB 83, Dallas, TX 75206. Si usted opta por no participar, la HTPN seguirá almacenando su información en el HIE, pero ésta no será visible mediante el sistema. Usted puede optar por reingresar en el HIE en cualquier momento. Usted no tiene que participar en el HIE para recibir atención.

Cuándo necesitemos su autorización por escrito

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito, excepto de la manera en que se describe en este aviso. Entre los usos o divulgaciones para los que se requiere de su autorización por escrito están los siguientes:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los usos y divulgaciones con fines de marketing, a menos que hablemos con usted de persona a persona o proporcionemos un regalo proporcional nominal.
- Las divulgaciones que constituyan una venta de su información médica según la ley aplicable.

Usted puede revocar una autorización para usar o divulgar su información médica excepto en la medida que dicha acción se haya tomado con base en su autorización. Para revocar su autorización, envíe un aviso por escrito al consultorio de su médico de HTPN.

Para obtener más información o reportar un problema

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse a la HealthTexas Provider Network Office of HIPAA Compliance al teléfono 877-820-6500.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante Baylor Health Care System Office of HIPAA Compliance, en el teléfono: 866-245-0815 o bien, ante el Secretario de Servicios Humanos y de Salud. No se tomará ninguna represalia en su contra por presentar una queja.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 09/23/13
VERSIÓN 4
FORM HTPN-46000
REV. 10-14-02
REV. 02-16-10
REV. 01-15-13
REV. 08-27-13

Acuse de recibo de las Normas de información médica de HealthTexas Provider Network (HTPN)

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

Acct #

Acuse de re cibo

El Acto de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurar que Ud. esta enterado de sus derechos confidenciales y de como su información médica puede ser usada por nuestros empleados al proveer y organizar su cuidado médico.

HTPN le esta facilitando con el aviso adjunto, que le indica cómo HTPN y sus médicos[1] pueden usar y/o revelar información de salud confidencial sobre su tratamiento, pago y otras actividades relacionadas a su cuidado médico, y tal como se permite bajo la ley. **Al firmar este documento, Ud. reconoce que ha recibido una copia del *Aviso de Costumbres Sobre la Información de Salud de HTPN*.**

_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

Fecha de entrada en vigencia del aviso: **09-23-2013**

[1]*Los médicos son empleados de la red HealthTexas Provider Network y no son empleados o representantes de Baylor Health Care System, de una subsidiaria, un centro comunitario ni de un centro afiliado de Baylor Health Care System.*

Mensajes protegidos de los pacientes

Acct #

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

La oficina Baylor Office EHR, de expedientes médicos electrónicos, es el resultado de un esfuerzo de los médicos de HealthTexas Physician Network junto con otros médicos asociados con Baylor Health Care System para apoyar plenamente una experiencia electrónica de atención de la salud del paciente mediante la implementación de una plataforma común de expedientes médicos electrónicos. HealthTexas Physician Network ("HTPN") se complace en ofrecer la oficina Baylor Office EHR como una conveniencia para comunicarse electrónicamente con usted bajo las condiciones y los términos indicados a continuación.

Comunicaciones electrónicas

Uso de las comunicaciones electrónicas de HTPN con el paciente

☐ **Sí,** deseo que HTPN me envíe mi información por medio de un sistema protegido creado para mantener segura mi información. Se le notificará por correo electrónico cuando haya información segura para que la evalúe. El mensaje por correo electrónico le indicará un enlace que lo llevará a un sitio protegido. Después de hacer clic en el enlace, tendrá que crear una contraseña para conectarse y acceder a su información. Deberá anotar su contraseña y recordarla a fin de acceder cualquier información futura.

Escriba en el espacio a continuación la dirección de correo electrónico que desea usar para recibir mensajes protegidos.

_____

Dirección de correo electrónico (escriba en letra de molde)

Al elegir su dirección de correo electrónico, considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, las personas que puedan tener acceso a su dirección de correo electrónico, o cualquier otra persona, tal como su empleador, que pueda tener derecho y/o la capacidad de examinar toda la correspondencia electrónica recibida en su lugar de trabajo.

☐ **No**, I do not want HTPN to use electronic communication as a way to communicate my information to me.

Directrices sobre el correo electrónico de HTPN

- Al presente, HTPN solo puede enviar correo electrónico a los pacientes. En la actualidad, HTPN no puede aceptar mensajes por correo electrónico de los pacientes a través de la oficina Baylor Office EHR de expedientes médicos electrónicos.
- Todos los mensajes de correo electrónico que reciba de HTPN se envían con el nombre y la cuenta de correo electrónico de DFW Centricity.
- Es responsabilidad del paciente notificar a HTPN de inmediato si hay un cambio en su dirección de correo electrónico.
- Todas las comunicaciones de correo electrónico con usted se registran en su expediente médico. Todos los que tienen acceso a su expediente médico también tienen acceso a los mensajes de correo electrónico que se le envían.

Confidencialidad y privacidad

- Si no se usa el proceso de comunicación electrónica antes descrito, no podemos garantizarle la confidencialidad de la información.
- HTPN no divulgará su dirección de correo electrónico con nadie sin la debida autorización para ver su expediente médico.

Consentimiento y acuerdo

He leído detenidamente este documento y acepto cumplir plenamente con las directrices definidas en este documento para las comunicaciones electrónicas de HTPN. Entiendo que este servicio se ofrecerá gratuitamente y que me informarán si en el futuro se agrega una tarifa por el servicio.

_____

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____

Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

Formulario de raza, origen étnico e idioma

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

Acct #

HealthTexas Provider Network está implementado un proceso automático de recopilación de datos sobre raza, origen étnico y las necesidades de comunicación directamente de los pacientes o sus cuidadores. **El objetivo de la compilación de esta información es asegurarnos de que todos los pacientes reciban atención de alta calidad.**

Nos gustaría que nos indicara cuál es su raza y origen étnico. **Solamente usaremos esta información para evaluar el tratamiento que recibe el paciente y asegurarnos de que todos reciban la atención de más alta calidad.**

Raza

¿Cuál categoría describe mejor su raza?

- ☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska:
- ☐ Negro o afroamericano:
- ☐ Blanco:
- ☐ Asiático (incluye Pakistán e India)
- ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico:
- ☐ Multirracial
- ☐ Se rehúsa a responder

Definiciones de raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska: Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central y Sur, y que mantienen su afiliación tribal o apego comunitario. **Negro o afroamericano:** Una persona cuyo origen proviene de los grupos raciales negros de África. **Blanco:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias de Europa, el Medio Oriente, o el norte de África. **Asiático:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. **Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico:** Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originarias de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del Pacífico. **Multirracial:** Una persona que tiene una o más combinaciones de las poblaciones originarias mencionados arriba.

Orign étnico

Primero, ¿se considera usted hispano/latino?

☐ Sí ☐ No ☐ Se rehúsa a responder

Idioma

¿En cuál idioma prefiere usted hablar con su médico o enfermero?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Vietnamita
- ☐ Chino
- ☐ Tagalo
- ☐ Hindi
- ☐ Italiano
- ☐ Coreano
- ☐ Lenguaje por señas u otro tipo de ayuda o servicio
- ☐ No sabe
- ☐ Otro _____
- ☐ Se rehúsa a responder

_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

Preferencias del paciente sobre la información médica protegida

Acct #

HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK
Affiliated with Baylor Scott & White Health

Contactos aprobados de HIPAA

Mantener privada la información de nuestros pacientes es importante para nosotros y, de forma predeterminada, solo divulgaremos información relacionada con la **Cuenta de facturación** del paciente y su **Estado de salud** al **paciente** o al **tutor legal**.

Si desea agregar otros contactos (aparte del paciente o tutor legal) para autorizar a HealthTexas a divulgar este tipo de información a dichas personas, llene los campos a continuación y seleccione las casillas adecuadas según lo que prefiera para cada persona que indique. Además, seleccione la persona que aparecería como su **Contacto de emergencia** en HealthTexas si acaso ocurriera una emergencia en nuestro consultorio.

Nombre del contacto	Relación con el paciente	Teléfono del contacto
☐ **Información sobre cuenta de facturación**	☐ **Información sobre estado de salud**	☐ **Contacto de emergencia**

Nombre del contacto	Relación con el paciente	Teléfono del contacto
☐ **Información sobre cuenta de facturación**	☐ **Información sobre estado de salud**	☐ **Contacto de emergencia**

Método preferido para comunicaciones

Mi método preferido de comunicación sobre mi **estado de salud** se indica a continuación (marque una):

☐ Teléfono del domicilio ☐ Teléfono del trabajo ☐ Teléfono celular

☐ Correo postal ☐ Tutor legal

Si el método indicado arriba es el teléfono, marque a continuación la casilla apropiada:

☐ Puede dejar mensaje con información detallada.

☐ Deje mensaje solamente con el número que se debe usar para llamar.

Tenga en cuenta que usted es responsable de todos los costos que puedan surgir de nuestras comunicaciones. Por ejemplo, si nos da un número de teléfono celular como método de contacto, usted es responsable de los cargos impuestos por su compañía de teléfono celular para recibir mensajes de la clínica.

Le pedimos además que le indique a nuestro consultorio si tiene algunas indicaciones especiales relacionadas con nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, háganos saber si quiere que le llamemos a otro teléfono para darle el resultado de una prueba particular.

Esta autorización es válida por tiempo indefinido o hasta que sea anulada por escrito. Entiendo que los pedidos de información médica hechos por personas no incluidas en este formulario requerirá mi específica autorización antes de divulgar cualquier tipo de información médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**