



Hola y bienvenido (a) a Southwest Kidney Institute, PLC

Usted tiene una cita el día _____. Le pedimos que llegue a la oficina 30 minutos antes de su cita, para asegurarnos de que la información apropiada este completa antes de su cita; de otra manera cambiaremos su cita.

Para su conveniencia, hemos incluido un cuestionario. Le pedimos que complete y devuelva todo los documentos incluidos el día de su cita. Tendrá que tener su tarjeta(s) de seguro y una identificación con foto el día de su cita.

Solicitaremos su expediente del medico de referencia, con su permiso. Consulte con su doctor de referencia para que trasladen su expediente medico.

Nuestra póliza requiere que colectemos de usted la cantidad de co-pago y co-aseguranza el día de su cita. Si usted no esta en condición de hacer pagos el día de su cita, llame a nuestra oficina de contabilidad para hacer un arreglo financiero. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjeta de debito, Visa y Mastercard.

Para resumir la información anterior:

- Traiga con usted todas las formas en este paquete completas lo mejor posible.
- Llegue 30 minutos antes de su cita.
- Favor de traer su tarjeta(s) de seguridad y identificación con foto
- Traiga con usted la lista y/o todos sus medicamentos.
- Este preparado para dar una muestra de orina cuando llegue a la oficina
- Este preparado para dar cualquier pago necesario en el momento de su visita.

Gracias por la oportunidad de servirle y esperamos conocerlo(a) pronto. Si tiene preguntas, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina.

Sinceramente,

Southwest Kidney Institute, PLC

Paquete de información para paciente nuevo Favor de llenar las siguientes formas lo mejor posible

Información personal del paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Circule su sexo: Femenino Masculino

Circule su estado civil: Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Soltero(a)

Circule su raza: africano-americano Caucáseo Hispano Asiático Indígena-Americano

Numero de licencia de manejar: _____ Fecha de vencimiento: _____

Información de empleo del paciente

Circule su estado Empleado: Jubilado Deshabilitado Estudiante Otro

Nombre de la compañía de empleo: _____

Teléfono de la compañía de empleo: _____

Ocupación: _____

Contactos de Emergencia

Nombre

Relacion al paciente

Telefono

Persona responsable de la cuenta si no es el paciente

Nombre _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre de la compañía de empleo: _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____

Medico de atención primaria y medico referente

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Medico referente: _____ Teléfono: _____

Información de tu seguro medico

Nombre de su seguro medico primario _____

Número de identificación: _____ Numero de grupo/póliza: _____

Nombre del subscriptor(a): _____

Numero de teléfono del subscriptor(a) _____ Relación al paciente: _____

Nombre de la compañía de empleo del subscriptor(a): _____

Fecha de nacimiento del subscriptor(a): _____ Número de seguro social del subscriptor(a): _____

Nombre de su seguro medico secundario: _____

Número de identificación: _____ Numero de grupo/póliza: _____

Nombre del subscriptor(a): _____

Relación al paciente: _____

Nombre de la compañía de empleo del subscriptor(a): _____

Fecha de nacimiento del subscriptor(a): _____

Número de seguro social del subscriptor(a): _____

¿Ha tomado medicamento anti-inflamatorio como los siguientes: Advil, Motrin, Aleve, Celebrex, Vioxx, Ibuprofen, Naprosyn, Bextra, etc.? Si _____ No _____. Si su respuesta es Si liste los medicamentos:

Tiene alergia a algún medicamento

Historia Médica

¿Usted ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Circule todas las que apliquen

	No	Yes		No	Yes
Enfermedad de los riñones			Hepatitis C		
Lupus			AFIB		
Colesterol Elevado			Sangre en la Orina – Hematuria		
Trasplante			Enfermedad de la Tiroides		
Deficiencia de la vitamina D			Hepatitis A		
Diabetes Tipo 2			Piedras en los riñones		
Embolia cerebral			Insuficiencia Renal		
Hiperparatiroidismo			Quiste Renal		
Enfermedad poli quística de riñón			Anemia		
Proteína in la Orina – Proteinuria			Asma/COPD		
Hepatitis B			Transfusiones de sangre		
Enfermedad del corazón			Infección del tracto urinario		
Cáncer			Artritis		
Diabetes Tipo 1			Alta presión		

Otra enfermedad _____

Hospitalizaciones y cirugías previas (Favor de incluir las fechas)

Historia Médica Familiar

¿Ha tenido alguien de su familia as siguientes enfermedades:

Enfermedad de los riñones Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Proteína en la orina Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Sangre en la orina Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Díálisis Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Diabetes Tipo 1 Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Diabetes Tipo 2 Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Alta presión Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

SLE Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Piedras en los riñones Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Enfermedad poli quística del riñón Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia:

Cáncer Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Sordera Yes ___ No ___ Si es que si, liste al/los miembros(s) de su familia: _____

Otra? Si ___ NO ___

Si es que si, por favor especifique el padecimiento y el/los miembros(s) de su familia:

Historia Social actual (circule)

Consumo de alcohol: Nada Ocasionalmente 1 bebida/día 2 bebidas/día 3+ bebidas/día

Uso de tabaco: Nunca 1 por día 2-4 por día 5+ por día

Tabaco – años de uso: _____

Consumo de: nunca ha antes actualmente fuma actualmente fuma Fumador(a) actualmente no se
cigarros: fumado fumaba todos los días algunos días sabe su estado

No se sabe si alguna vez fumo

Fumar – Cuanto: Nada 1PPW 2PPW ¼ PPD ½ PPD 1 PPD 1 1/2PPD 2PPD 3+PPD

¿Desde que edad ha fumado?: _____

Uso de drogas: Nunca Tipo/Frecuencia _____

Revisión de sistemas

Por favor circule y describa como es que se siente

Constitucional: Fiebre Fatiga Aumento de peso (___ lbs) Perdido de peso (___ lbs)

Ojos: Ojos rojo cambios en la vista

Nariz: Sangrado menudo

Boca/Garganta: Dolor de garganta Roncar Boca Seca

Cardiovascular: Dolor de pecho al hacer un esfuerzo falta de aliento cuando camina
Hinchazón en las extremidades mareo al ponerse de pie Palpitaciones

Respiratorio: Tos Falta de aliento Tos con sangre Apnea del sueño

Genitourinario: Perdida de control urinaria Dificultad para orinar Aumento de la frecuencia
Sangre en la orina Urinaria

Gastrointestinal: Dolor abdominal Vomito Cambio de apetito Diarrea frecuente
Nausea

Musculo esquelético: Dolor muscular Dolor en las articulaciones dolor de espalda

Piel: Ictericia o coloración amarillenta de la piel Sarpullido Picazón

Psiquiátrico: Depresión Sueño no reparador

Endocrino: Aumento de la sed Intolerancia al calor Intolerancia al frío

Hematológico: Inflamación en los ganglios Moretones con facilidad Sangrado excesivo

Alergia/inmunológicas: Nariz que moquea Picazón Urticaria o “roncha”



Consentimiento para dar información y resultados de pruebas

Yo, _____, doy consentimiento y autorización a los empleados de Southwest Kidney Institute, PLC de dar mi información médica a las siguientes personas. Esta información puede incluir y no es limitada a mis citas programadas y/o cirugías, laboratorio, pruebas de radiografía y medicamentos.

Favor de completar lo siguiente:

Contacto:	Teléfono#:	Relación al paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Se puede dejar mensaje/facsímile:

Si No

__ __ Maquina contestadora del teléfono del hogar _____

__ __ Teléfono celular # _____

__ __ Maquina facsimile # _____

Fecha _____

Firma _____



Póliza Financiera

Bienvenidos a SOUTHWEST KIDNEY INSTITUTE, PLC. Estamos dedicados a proveer atención médica de alta calidad. Nuestro personal tiene la experiencia y entiende su necesidad de su confidencialidad y compasión. Nuestra oficina requiere ciertos datos con información personal para el archivo de su seguro medico. Por favor asegure de darnos la tarjeta correcta de seguro medico ya que necesitamos copias de la tarjeta de frente y de atrás. También necesitaremos una identificación con foto para su archivo, de preferencia su licencia de conductor. El co-pago se tiene que pagar al momento del servicio. Le pedimos que cualquier balance en su cuenta sea pagado puntualmente.

Favor de leer y firmar lo siguiente para que podamos cobrarle a su compañía de seguro medico.

Yo autorizo a SOUTHWEST KIDNEY INSTITUTE a dar información referente a mi salud a mi compañía de seguro medico. Yo entiendo que mi compañía de seguro médico le pueda pedir una copia de mi expediente médico a mi doctor, para poder pagar los cobros mandados. Yo le doy permiso a Southwest Kidney Institute de mandar lo necesario para obtener el pago de los cobros que envíe. Yo le cedo mis beneficios de seguro medico a Southwest Kidney Institute. Yo entiendo que Yo soy totalmente responsable por cualquier/por todos los cargos y me comprometo a pagar cualquier balance que mi compañía de seguro medico no pague. Esta autorización se queda en efecto desde hoy hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE USTED RECIBIR ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Southwest Kidney Institute, PLC (el “Consultorio”) se dedica a mantener la privacidad de su información personal de salud. Cada vez que un paciente visita esta oficina; se hace un registro en su expediente medico el cual describe los tratamientos y servicios que se le proporcionan. La ley federal especifica las protecciones de privacidad y los derechos individuales relacionados con la información que mantenemos y que lo-a identifica a usted como paciente. La información protegida incluye: sus datos demográficos y datos acerca de su salud física o mental del pasado, presente y futuro. Nuestra oficina ha adoptado una póliza y procedimientos para ayudar a proteger su información de salud. Estamos obligados a proporcionarle esta notificación que especifica nuestras obligaciones legales y responsabilidades relacionadas con el uso y revelación de información de salud que identifica al paciente, Prácticas de Privacidad, y ejemplos de cómo su información pueda ser usada

El consultorio cumplirá con los términos de esta notificación. Nosotros podemos modificar esta notificación en cualquier momento. La nueva versión de la notificación será anunciada en nuestra oficina en una locación prominente. Usted puede pedir una copia de la versión más nueva en cualquier momento. Revisiones a esta notificación se pondrán en efecto para toda la información de salud mantenida en esta oficina: pasada, presente y futura.

El consultorio podrá usar su información individual de salud para los siguientes objetivos sin su autorización:

1. Tratamiento: Nosotros podríamos usar y revelar su información identificable de salud para darle tratamiento y para asistir a otros en su tratamiento. Por ejemplo, podríamos mandar una copia de su expediente a otro de sus médicos para que ese medico pueda evaluar su condición, o también podríamos revelar su información a otros que participan en el cuidado de su salud, como su esposo-a, sus hijos o padres.
2. Pago: Nosotros podríamos usar su información de salud para cobrar y coleccionar pago por los servicios proporcionados. Esto podría incluir proporcionar a su compañía de seguro medico los detalles de su tratamiento, distribuir su información de pago a otros proveedores de su tratamiento, podremos ponernos en contacto con usted por teléfono o por escrito acerca del balance de su cuenta, o mandar la información del balance no pagado a una agencia de colección.
3. Operaciones de negocio de asistencia de salud: Nosotros podríamos usar o revelar su información de salud para manejar nuestro negocio. Por ejemplo, su información de salud podría ser usada para evaluar la calidad de la asistencia que le proporcionamos, para mantener nuestra licencia del estado o para identificarlo-a por su nombre cuando visite nuestra oficina.
4. Recordarle de su cita: Nosotros podríamos usar y revelar su información para recordarle de sus citas. Nosotros podríamos mandarle una tarjeta postal para recordarle de sus citas programadas.
5. Opciones de Tratamiento: Nosotros podríamos usar su información de salud para informarle a usted de las opciones de tratamiento o de otros servicios relacionados a la salud que puedan interesarle.
6. Asociados al negocio: Nosotros podríamos distribuir su información de salud con otros individuos o compañías que desempeñan actividades por nosotros o en nombre de nuestra oficina, como la compañía que contesta nuestros teléfonos después de horas de oficina, la oficina de finanzas y el departamento de garantía de calidad. Nuestros asociados al negocio se comprometen a proteger la privacidad de su información de salud.

7. Investigación: Nosotros podríamos usar su información en conjunto con agentes del consultorio quienes podrían estar obligados a revisar su expediente, así como se le es permitido a nuestros empleados, para poder determinar si usted califica para proyectos de investigación. Si a usted le piden participar en un proyecto de investigación, primero le pedirán que ejecute una autorización, otorgando al consultorio o a la organización de investigaciones el derecho de usar su información de salud que es protegida.

El consultorio podría revelar su información de salud sin su autorización cuando se le es permitido o requerido por ley, esto incluye:

- Para actividades de salud pública esto incluye reportar ciertas enfermedades contagiosas.
- Para los programas requeridos por ley como el de compensación al trabajador y otros como este.
- A las autoridades cuando nosotros sospechamos abuso, negligencia o violencia domestica.
- A las agencias dedicadas a cuidado de la salud
- A su lugar de empleo si es que le proporcionamos servicios de asistencia de salud a petición de su lugar de empleo, sobre la cual nosotros le proporcionaremos una notificación por escrito de la revelación de esta información.
- Por orden judicial y de procedimientos de persecución administrativa.
- Por imposición de la ley
- Al inspector médico, juez de primera instancia o al director de la funeraria.
- Para la facilitación de la donación de órganos, de ojos o donación de pies si es que usted es donante.
- Para objetivos de investigación en circunstancias estrictamente limitadas.
- Para evitar una amenaza seria a su salud y su seguridad y la de otros.
- Para objetivos gubernamentales como el servicio militar o la seguridad nacional.
- En caso de emergencia o para ayuda en caso de desastre.
- En cualquier otra circunstancia requerida por ley
- Hoja de registro

El consultorio podría también revelar su información a miembros de su familia y/o a otras personas que participan en su cuidado o en el pago de su cuenta. El consultorio podría dejar mensajes para usted en su trabajo o en su hogar acerca de sus citas. Si usted prefiere que no dejemos mensajes, favor de informárselo a nuestro oficial de privacidad por escrito.

Todos los demás usos y revelaciones de su información a otros requerían autorización firmada y por escrito de usted. Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento excepto a los usos o revelaciones que ya se hayan ejecutado al momento de la revocación.

SU EXPEDIENTE MEDICO ES LA PROPIEDAD FISICA DEL CONSULTORIO. LA INFORMACION QUE CONTIENE LE PERTENECE A USTED. MAS ABAJO ESTA LA LISTA DE SUS DERECHOS REFERENTES A SU INFORMACION IDENTIFICABLE DE SALUD. TODAS LAS PETICIONES EN RELACION CON ESTA LISTA TIENEN QUE HACERSE POR ESCRITO A NUESTRO OFICIAL DE PRIVACIDAD A LA DIRECCION PROPORCIONADA ABAJO. NOSOTROS LE PROPORCIONAREMOS LAS FORMAS APROPRIADAS PARA LA EJECUCCION DE SUS DERECHOS. NOSOTROS LO NOTIFICAREMOS, POR ESCRITO, SI SU PETICION NO PUEDE SER OTORGADA.

1. Restricciones de uso y revelación: Usted tiene el derecho de pedir restricciones de cómo nosotros usamos y revelamos su información de salud. Esto incluye peticiones para restringir la revelación de su información de salud a solo individuos y compañías limitadas, que participan en el cuidado de su salud como miembros de su familia y compañías de seguro medico. Nosotros no estamos obligados a aceptar su petición. Si nosotros aceptamos, estaremos obligados a respetar su petición a menos que esté requerido o autorizado por ley.
2. Comunicación confidencial: Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera y a un lugar determinado por usted. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted a su hogar. Nosotros complaceremos peticiones razonables.
3. Acceso: Usted tiene derecho a inspeccionar o pedir una copia de los registros usados para tomar las decisiones acerca de su salud, esto incluye su expediente médico y los registros de su cuenta financiera. Esta oficina programara una cita para que pueda inspeccionar su expediente médico. Nosotros podríamos cobrarle por las copias de sus registros. En circunstancias especiales, nosotros podríamos negarle su petición para inspeccionar y/o copiar sus registros. Usted puede pedir una revisión de la negación.
4. Enmendar registros: Usted tiene el derecho de pedir que se hagan modificaciones a su expediente creado por o para el consultorio si usted cree que es incorrecto o incompleto. Nosotros podríamos aceptar o negar su petición. Si nosotros negamos su petición, usted tiene el derecho de proveer una declaración de desacuerdo o declaración de refutación.
5. Contabilidad de revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir cuenta de las revelaciones. Esto significa que usted puede pedir una lista de ciertas revelaciones de su expediente que el consultorio ha hecho. En cuanto recibamos la petición, le proporcionaremos esta información una (1) vez gratis cada doce (12) meses. Copias adicionales podrían serle cobradas.
6. Copia de la notificación: Usted tiene el derecho de pedir que nosotros le proporcionemos con una copia en papel de la modificación de prácticas de privacidad.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, favor de ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad del consultorio. (480) 610-6100



**Recibo de reconocimiento de la
Notificación de Practicas de Privacidad**

Yo reconozco que Yo he recibido una copia de esta Notificación de Practicas de Privacidad del consultorio que explica cómo se usara, se revelara y se protegerá la información confidencial del paciente.

Nombre del paciente

Nombre/Relación si la persona que firma no es el paciente

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha