



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 :

Circule su estado civil:

Circule su raza:

Numero de licencia de manejar:

Fecha de vencimiento:

Información de empleo del paciente

Circule su estado :

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 Socia :

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 suscriptor(a):

Numero de teléfono del suscriptor(a):

Relación al paciente:

Nombre de la compañía de empleo del suscriptor(a):

Fecha de nacimiento del suscriptor(a):

Número de seguro social del suscriptor(a):

Nombre de su seguro medico secundario:

Número de identificación:

Numero de grupo/póliza:

Nombre del suscriptor(a):

Relación al paciente:

Nombre de la compañía de empleo del suscriptor(a):

Fecha de nacimiento del suscriptor(a):

Número de seguro social del suscriptor(a):

Información de farmacia

Nombre de farmacia:

Dirección de farmacia:

El Teléfono de la farmacia #:

El Fax de la farmacia #:

Lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Dirección del tratamiento (ejemplo: 1 por día, 2 cada 6 horas)

¿Ha tomado medicamento anti-inflamatorio como los siguientes: Advil, Motrin, Aleve, Celebrex, Vioxx, Ibuprofen, Naprosyn, Bextra, etc.?

Si su respuesta es Si liste los medicamentos:

Tiene alergia a algún medicamento:

Historia Médica

¿Usted ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	YES/NO		YES/NO
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

Diálisis:

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:

Yes **No**

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

Historia Social actual

Consumo de alcohol:

Uso de tabaco:

Tabaco - años de uso :

Consumo de cigarros:

Fumar - Cuanto:

¿Desde que edad ha fumado?

Uso de drogas:

Tipo/Frecuencia:

Revisión de sistemas

Por favor circule y describa como es que se siente

Constitucional:

Fiebre Fatiga Aumento de peso Perdido de peso

Ojos:

Nariz:

Boca/Garganta:

Cardiovascular:

Respiratorio:

Genitourinario:

Gastrointestinal:

Musculo esquelético:

Piel:

Psiquiátrico:

Endocrino:

Hematológico:

Alergia/inmunológicas:



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 facsímile # :

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 proporcionaran. 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 proporcionarle 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 EJECUCION DE SUS DERECHOS. NOSOTROS LO NOTIFICAREMOS, POR ESCRITO, SI SU PETICION NO PUEDE SER OTORGADA.

- 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 médico. 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:
