

Paquete para el paciente



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Prefiero no decirlo Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

N.º de teléfono residencial: _____ N.º de celular: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono del contacto en caso de emergencia: _____

¿Tiene una directiva anticipada? ☐ Sí ☐ No

Si tiene una directiva anticipada, proporcione una copia a Infusion for Health.

¿Tiene un poder notarial para atención médica? ☐ Sí ☐ No Nombre: _____

Si tiene un poder notarial para atención médica, proporcione una copia a Infusion for Health.

Consentimiento para recibir mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No

Comprendo que los mensajes de texto no son una forma de comunicación totalmente segura.

****Solicitamos a todos los pacientes mostrar sus tarjetas de seguro e identificación con fotografía al momento del servicio****

Nombre del paciente: _____

HISTORIAL DE SALUD:

- | | |
|---|---|
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Enfermedad autoinmune: _____ |
| ☐ Niveles altos de colesterol | ☐ Afección neurológica: _____ |
| ☐ Fibrilación auricular (FA) | ☐ Afección reumatológica: _____ |
| ☐ Diabetes | ☐ Afección gastrointestinal: _____ |
| ☐ Accidente cerebrovascular/
ataque isquémico transitorio (AIT) | ☐ Cáncer _____ |
| ☐ Enfermedad de la tiroides | ☐ VIH/SIDA |
| ☐ Convulsiones | ☐ Ansiedad/depresión |
| ☐ Asma | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva
crónica (EPOC) | |

MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS / VITAMINAS

- ☐ NINGUNO (debe indicar los medicamentos o marcar "NINGUNO") ☐ Se adjunta una lista adicional

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

ALERGIAS (A MEDICAMENTOS Y A OTROS SUSTANCIAS)

- ☐ NINGUNA (debe indicar las alergias o marcar "NINGUNA") ☐ Se adjunta una lista adicional

Alérgeno:

Descripción de la reacción:

Nombre del paciente: _____



Seguro y responsabilidad financiera

Seguro y responsabilidad financiera

Gracias por elegir Infusion for Health. Estamos aquí para hacer que su experiencia en cuanto a la atención sea lo más fluida y relajada posible, lo que incluye ayudarle a comprender los costos a lo largo del proceso.

Antes de su cita, nuestro equipo verificará su cobertura de seguro, sus beneficios y todas las autorizaciones necesarias. Si falta algún dato o hay alguno inactivo, nos pondremos en contacto con usted para analizar sus opciones. Confirmaremos estos detalles antes de prestar los servicios para evitar gastos imprevistos.

Infusion for Health facturará a su seguro los servicios prestados. Sin embargo, no se puede garantizar la cobertura, y usted es responsable de todo monto que no sea cubierto por su plan. Entre estos se pueden incluir:

- Copagos
- Coaseguro
- Deducibles
- Servicios no cubiertos

Es posible que el pago de su parte deba hacerse en el momento de la prestación del servicio.

Por favor, infórmenos si:

- Su seguro cambia
- Su información de contacto cambia

Si bien nosotros verificamos sus beneficios, las decisiones finales sobre el pago las toma su compañía de seguros. Le animamos a que se ponga en contacto con ellos directamente si tiene alguna duda sobre su cobertura.

Una vez que su seguro haya procesado su reclamación (por lo general en un plazo de entre 30 y 45 días), le enviaremos un estado de cuenta si queda algún saldo pendiente. Con el tiempo, los saldos pendientes de pago pueden ser remitidos a una agencia de cobros.

Cesión de beneficios

Al firmar, autoriza que los beneficios de su seguro se paguen directamente a Infusion for Health por los servicios prestados. Si su seguro no cubre determinados servicios, usted comprende que podría ser responsable del pago.

Política de cancelación

Si necesita cancelar o reprogramar, infórmenos con al menos 24 horas de antelación. Las citas a las que no asista o que se cancelen con poca antelación pueden dar lugar al cobro de un cargo (\$50 por inyecciones, \$100 por infusiones), y es posible que sea necesario reprogramar las citas a las que se llegue con más de 15 minutos de retraso.

Al firmar, usted confirma que leyó y comprende esta política y que acepta su responsabilidad financiera.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____



Consentimiento para tratamiento

Autorizo a Infusion for Health a administrarme terapia de infusión, inyecciones, medicamentos y servicios relacionados, según lo prescrito por mi proveedor de atención médica. Comprendo y acepto lo siguiente:

- Mi tratamiento fue prescrito por mi médico, e Infusion for Health está siguiendo sus instrucciones.
- Los medicamentos administrados por infusión pueden presentar riesgos o efectos secundarios que mi médico analizó conmigo.
- Debo informar al personal de inmediato si presento algún síntoma o tengo alguna inquietud durante el tratamiento.
- Si mi afección requiere servicios más allá de los disponibles en esta clínica, es posible que mi proveedor pueda coordinar atención adicional.
- Acepto proporcionar información precisa y completa sobre mi salud, mis medicamentos y mis alergias.
- Comprendo que proporcionar información incompleta o inexacta podría afectar la seguridad de mi tratamiento.
- Por motivos de seguridad, se pedirá a los pacientes que necesiten ayuda para caminar o desplazarse que vengan acompañados de un cuidador, ya que Infusion for Health no ofrece asistencia para la movilidad.
- Acepto seguir las instrucciones de seguridad que me proporcione el personal durante mi visita.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Privacidad, derechos y certificación del paciente

- ☐ Se me proporcionó el Aviso de prácticas de privacidad (incluido en el paquete).
- ☐ Se me informó que la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente se encuentra publicada en: infusionforhealth.com/patient-forms
- ☐ Comprendo que puedo presentar una queja sin temor a represalias, discriminación o interrupción injustificada del servicio. Para presentar una queja, llame al (805) 719-3700 y hable con Servicio al Cliente o complete el formulario "Contact Us" (Contáctenos) en nuestro sitio web. Si su queja no se resuelve a su entera satisfacción dentro de un plazo de 5 días hábiles, puede iniciar una queja formal por escrito.
- ☐ Comprendo que también puedo realizar consultas o presentar quejas sobre este centro llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE o a la Comisión de Acreditación para la Atención Médica (ACHC, por sus siglas en inglés) al (919) 785-1214.

Indíquenos con quién podemos compartir información de rutina sobre tratamientos, pagos y operaciones.

Nombre:	Relación:	Número de teléfono:

Al firmar a continuación, acepto que Infusion for Health pueda utilizar y divulgar mi información de salud con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad (adjunto) como permitidos sin autorización por escrito, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante autorizado:

Firma del paciente o representante autorizado:

Fecha:

Si el paciente no puede firmar:

Firma del testigo: Relación con el testigo:

Razón por la que el paciente no puede firmar:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted (denominada información de salud protegida o ISP) y cómo puede acceder a dicha información. Por favor, revíselo detenidamente.

NUESTRO COMPROMISO CON USTED

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su ISP, a proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y a cumplir los términos del aviso actualmente en vigor.

¿QUIÉN DEBERÁ CUMPLIR CON ESTE AVISO?

Este aviso se aplica a todos los empleados, voluntarios, personal en capacitación, contratistas y socios comerciales de Infusion for Health.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU ISP

Las siguientes categorías describen las formas en que solemos utilizar y divulgar la ISP. No utilizaremos ni divulgaremos su ISP sin su autorización por escrito para fines que no estén descritos aquí, salvo en los casos permitidos por la ley. **En todos los casos, incluidos los que se indican a continuación**, si tenemos registros médicos sobre usted relacionados con un trastorno por consumo de sustancias, de conformidad con la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), no podemos utilizar ni compartir la información contenida en dichos registros en investigaciones o procesos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación. También cumpliremos con cualquier disposición más estricta que exijan las leyes federales o estatales.

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar ISP para proporcionar, coordinar o gestionar sus tratamientos de infusión y la atención relacionada. Ejemplo: compartir su lista de medicamentos y su plan de tratamiento con enfermeros, médicos o farmacias.
- **Para pago.** Podemos utilizar y divulgar ISP con el fin de facturar y cobrar por los servicios que reciba. Ejemplo: proporcionar a su aseguradora información sobre diagnóstico y procedimientos.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar ISP con fines de evaluación de la calidad, capacitación del personal, acreditación, concesión de licencias, auditorías y otras actividades empresariales que respalden la atención al paciente.
- **Recordatorios de citas y beneficios relacionados con la salud.** Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sus citas, proporcionarle información sobre tratamiento o informarle sobre servicios o beneficios relacionados con la salud.
- **Alternativas de tratamiento y programas de salud.** Podemos informarle sobre alternativas de tratamiento o programas que podrían resultarle beneficiosos.
- **Según lo exigido por la ley.** Divulgaremos ISP cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- **Actividades de salud pública.** Para informar sobre enfermedades, lesiones, acontecimientos vitales, retiradas de productos o para prevenir o controlar enfermedades.
- **Maltrato, negligencia o violencia doméstica.** Para denunciar sospechas de maltrato o negligencia cuando así lo exija o lo permita la ley.
- **Actividades de supervisión de la salud.** A agencias para auditorías, investigaciones o inspecciones.
- **Procesos judiciales y administrativos.** En respuesta a órdenes judiciales, citaciones o procesos legales similares.
- **Cumplimiento de la ley.** Para determinados fines relacionados con el cumplimiento de la ley, según lo permita la ley.
- **Familia y amigos.** Podemos compartir ISP con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago por esta, o en situaciones de ayuda en caso de desastres, si usted da su consentimiento o, en caso de que se encuentre incapacitado o no pueda darlo, si determinamos que ello es lo mejor para usted.
- **Investigación.** Con fines de investigación, cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya aprobado su uso, o cuando la ISP haya sido anonimizada.
- **Amenaza para la salud o la seguridad.** Para prevenir o mitigar una amenaza grave e inmediata para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Compensación al trabajador.** Para cumplir con las leyes en materia de compensación al trabajador y otras leyes similares.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de tratamiento, los usos de ISP para actividades de marketing y las divulgaciones que constituyan una venta de dicha ISP requieren su autorización por escrito. Puede revocar una autorización por escrito, salvo en la medida en que ya hayamos tomado acción basados en ella.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA ISP

Usted tiene los siguientes derechos. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestro Departamento de Registros Médicos a medicalrecordsrequest@infusionforhealth.com. Responderemos dentro de los plazos exigidos por la ley.

- **Derecho a revisar y copiar.** Puede solicitar acceso para revisar o recibir una copia de sus registros médicos y de facturación. Podemos denegar el acceso en determinadas circunstancias limitadas; las denegaciones pueden ser objeto de revisión.
- **Derecho a modificar.** Puede solicitar que se modifique su ISP si considera que es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar la solicitud si el registro es correcto y está completo.
- **Derecho a un informe sobre las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de determinadas divulgaciones de su ISP que hayamos realizado (se aplican excepciones). Las solicitudes podrán limitarse a las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, salvo que la legislación estatal disponga lo contrario.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Puede solicitar restricciones para determinados usos y divulgaciones de su ISP. No estamos obligados a aceptar la restricción que nos solicite, salvo en el caso de que nos pida no divulgar su ISP a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica, y dicha ISP se refiera exclusivamente a un servicio por el que usted pagó íntegramente de su propio bolsillo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en un lugar alternativo (por ejemplo, llamando a un número de teléfono diferente). Atenderemos las solicitudes razonables.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar y recibir una copia impresa de este aviso, incluso si había aceptado recibirlo por vía electrónica.
- **Derecho a ser informado sobre violaciones de datos.** Se le informará en caso de que se produzca una violación de su ISP no protegida, tal y como lo exige la ley.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

La ley nos obliga a mantener la privacidad de la ISP, a proporcionar este aviso y a cumplir con los términos del mismo. Debemos notificarle de inmediato si se produce una violación de la ISP no protegida.

SOCIOS COMERCIALES

Algunos servicios se prestan mediante contratos con socios comerciales (por ejemplo, facturación, transcripción o servicios informáticos). Exigimos a nuestros socios comerciales proteger su ISP de conformidad con la HIPAA mediante un acuerdo de socio comercial por escrito.

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Infusion for Health o ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE. UU. Presentar una queja no afectará la atención que recibe.

Para presentar una queja ante nosotros, póngase en contacto con el:

Responsable de cumplimiento:

Nombre: Adam Holland

Correo electrónico: IFHCompliance@infusionforhealth.com

Para presentarla ante la OCR del HHS: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso y nuestras prácticas de privacidad. Los avisos modificados entrarán en vigor tanto para la ISP que ya tenemos como para la que creemos o recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará y estará disponible previa solicitud.

ACUSE DE RECIBO

Es posible que se le pida firmar un documento en el que confirme que recibió o que se le ofreció este aviso. Firmarlo no implica que esté de acuerdo, sino únicamente que recibió el aviso.

Para obtener más información: si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con el responsable de cumplimiento mencionado arriba.