

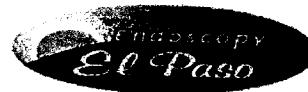


Forma de Registro de Paciente

Nombre de paciente	Fecha de Nacimiento:		
Domicilio			
Ciudad			
Estado			
Zona Postal			
Genero : (marque uno)	Femenino	Masculino	Indiferenciado
SS#			
Numero de telefono-Casa:			
Numero de telefono-Cellular:			
Correo Electronico:			
Medico Primario/Medico Referente:			
Nombre de persona que me llevara a casa:			
Numero de celular de persona que me llevara a casa:			

Certifico que la informacion arriba mencionada es verdadera y correcta. Tambien certifico que las tarjetas de la seguridad e identificacione proveida al Centro de Endoscopia de El Paso son correctas y originales.

Firma de Paciente o persona responsable	Nombre
Relacion a paciente	Fecha



PREGUNTAS SOBRE EL ORIGEN ETNICO Y LA RAZA EXIGIDAS POR EL ESTADO

LOS ANTECEDENTES

La ley de Texas exige a la Subunidad de Recogia de Informacion Sanitaria de Texas que reuna informacion sobre la raza y el origen etnico de los pacientes en centro de salud. Se exige a los centros de salud que pidan a los pacientes que identifiquen su propia raza y origen etnico.

Los datos obtenidos por medio de este proceso se usaran para ayudar a que los investigadores determinen si todos los ciudadanos de Texas reciben acceso a una atencion de salud adecuada.

Si los pacientes no identifican su propia raza y origin etnico, el personal del centro de Salud hara la identificacion a su juicio.

PREGUNTAS

Pregunta #1: Origen Etnico

(marque la casilla que el paciente cree que mas fielmente identifica su origen etnico)

Que es el paciente...?

- (1) Hispano/Latino
- (2) No Hispano/Latino

Pregunta #2: Raza

(marque la casilla que el paciente cree que mas fielmente identifica su raza)

Que es el paciente?

- (1) Indio Americano, esquimal o aleutiano
- (2) Asiatico o isleno del Pacifico
- (3) Negro
- (4) Blanco
- (5) Otro. *Se incluyen todos las otras respuestas no listadas arriba. Los pacientes que se consideran a si mismos o mixtos deben elegir esta categoria.*



ACUERDO FINANCIERO

En el caso de que mi seguro pague la totalidad o parte de los cargos del Centro y / o del médico y / o de la anestesia, el Centro y / o los médicos que me prestan el servicio están autorizados a presentar un reclamo de pago a mi compañía de seguros. El Centro, el consultorio del médico, los proveedores de anestesia y / o patología no están obligados a hacerlo a menos que estén bajo contrato con la compañía de seguros o estén obligados por una regulación de una agencia estatal o federal a procesar dicha reclamación. Esperaremos el pago de deducibles, copagos y coseguros en el momento del servicio. Se espera que los pacientes que pagan por cuenta propia paguen el saldo acordado en el momento del servicio. Soy consciente de que puedo recibir una factura por separado en caso de que se realice alguna patología.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por lo presente asigno beneficios que se pagarán en mi nombre a <Center Name>, a mi médico de admisión u otros médicos que me prestan servicio. La persona abajo firmante garantiza el pago rápido de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o saldos adeudados después de los pagos del seguro de acuerdo con la póliza de pago para dichas facturas del Centro, mi médico de admisión u otros médicos que prestar el servicio a los cargos no pagados dentro de un período de tiempo razonable por el seguro o el pagador de terceros. Certifico que la información dada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo al Centro, a mi médico de admisión u otros médicos que prestan servicio a liberar la totalidad o parte de mis registros médicos cuando lo exija o lo permita la ley o la regulación gubernamental, cuando sea necesario para presentar cualquier reclamo de seguro para el pago de o a cualquier médico(s) responsable(s) de la atención continua.

AVISO DE DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD

He sido informado antes de mi cirugía/procedimiento que los médicos que realizan procedimientos/servicios en <Center Name> pueden tener un interés de propiedad en <Center Name>. Se me ha informado que se me proporcionará una lista de médicos que tienen un interés financiero o propiedad en el Centro si lo solicito. El médico me ha dado la opción de ser tratado en otra instalación/Centro, lo cual he rechazado. Deseo que mi procedimiento/servicios se realice en <Center Name>.

CERTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He revisado mi información demográfica y de seguro en esta fecha y verifico que toda la información reportada al centro es correcta.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA CONTACTAR

Al proporcionar su información de contacto a continuación y completar este formulario, usted acepta lo siguiente: Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a [Center Name], a cualquier médico asociado u otro cuidador, así como a cualquiera de sus entidades, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, programadores, servicios de facturación, cobradores de deudas y otras partes contratadas, a utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o sintéticos, mensajes de texto y mensajes de correo de voz) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos pendientes, información para o relacionados con bienes y/o servicios médicos proporcionados, información de intercambio, cobertura de atención médica, seguimiento de atención médica y otra información de atención médica.

Firma del Paciente

Fecha de Firma

Nombre Impreso

Firma de Padres/Tutores (Si el paciente es menor de edad)

Fecha de Firma

Nombre Impreso

Información de Contacto:

Número de Teléfono Móvil: _____ Dirección de Correo electrónico: _____

Para revocar su consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico de [Center Name], puede darse de baja respondiendo e ingresando "Cancelar suscripción". Si desea revocar otras partes de este Formulario de consentimiento para contactar, comuníquese con el centro directamente por escrito o por teléfono.

DERECHOS DEL PACIENTE/INFORMACIÓN DE DIRECTIVAS AVANZADAS

He recibido una notificación escrita y verbal con respecto a mis Derechos del Paciente antes de mi cirugía/procedimiento. También he recibido información sobre las políticas relativas a las DIRECTIVAS AVANZADAS antes del procedimiento. Se me ha ofrecido información sobre las Directivas Anticipadas junto con los documentos oficiales del Estado a petición.

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende lo anterior y acepta plenamente todos los términos especificados anteriormente.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Impresión del Nombre

Relación

Fecha:

Nuestro compromiso recíproco: responsabilidades mutuas del paciente y del proveedor durante la pandemia de la COVID

En el contexto de la actual pandemia de la COVID-19, es fundamental para la salud de nuestros pacientes y para obtener resultados exitosos quirúrgicos o de procedimiento evitar la infección por COVID-19 después de la cirugía o del procedimiento.

En tiempos de programas de aislamiento social restrictivo como “Quédese en casa, manténgase seguro”, el solo hecho de salir de casa y asistir a cualquier lugar público conlleva un riesgo inherente de exposición al SARS-CoV-2 y, luego, a la enfermedad COVID-19. Por lo tanto, corresponde a los médicos, sus equipos y sus instalaciones proporcionar una experiencia quirúrgica o de procedimiento lo más segura y sanitaria posible para lograr resultados favorables.

Las acciones y el comportamiento del paciente, el cuidador y la familia o “compañero de vivienda” son aun más importantes para la prevención de la COVID-19 durante la fase de recuperación posoperatoria de la atención, ya que dura mucho más que el día de la cirugía o del procedimiento.

Una infección por COVID-19 en un paciente que se recupera de una cirugía o un procedimiento no solo amenaza su vida y su salud, sino que puede llevar a complicaciones posoperatorias y tener un efecto perjudicial permanente en el resultado de su cirugía o procedimiento. Por lo tanto, es fundamental prevenir una infección por COVID-19.

Los métodos de prevención más simples y científicamente comprobados hasta la fecha incluyen los siguientes:

- Poner en práctica el distanciamiento social de, *al menos*, 6 pies entre personas en todo momento si es posible.
- Minimizar la interacción con otras personas, excepto que sea necesario (por ejemplo, seguimiento médico y visitas de fisioterapia).
- Evitar cualquier contacto cercano con personas enfermas con síntomas de la COVID-19 (por ejemplo, tos, fiebre, dolores corporales y fatiga general).
- Lavarse o desinfectarse las manos con frecuencia durante, al menos, 20 segundos cada vez, especialmente antes y después de comer o tocarse la cara o nariz, ponerse y quitarse mascarillas o coberturas faciales, y tocar a otras personas (p. ej., atención médica de pacientes, cambio de vendajes quirúrgicos, etc.).
- [Oftalmología] Lavarse las manos antes y después de administrarse gotas en los ojos.
- Lavar regular y frecuentemente las superficies de mucho uso (p. ej., mostradores, picaportes, cajones, armarios y manijas de refrigeradores) con jabón, cloro o limpiadores con germicidas o virucidas.
- Usar una mascarilla facial o un paño que cubra la nariz y la boca cuando esté fuera de su hogar en todo momento.

Reconocimiento del paciente:

Por la presente, reconozco que revisé este documento completamente y que entendí su contenido. Por la presente, estoy de acuerdo en cumplir con las medidas de prevención de la COVID-19 mencionadas anteriormente durante, al menos, las 2 primeras semanas después de mi cirugía o procedimiento. Estoy de acuerdo en pedirles a mis cuidadores, “compañeros de vivienda” y a aquellos que tengan contacto cercano conmigo que hagan lo mismo.

Firma del paciente _____ Fecha _____ Hora _____

ETIQUETA DEL PACIENTE AQUÍ

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo puede usted tener acceso a ella. Estúdielo con cuidado.

Información médica del paciente

De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también información sobre pagos, facturación y seguros. Es posible que su información se guarde electrónicamente y, de ser así, estará sujeta a la divulgación electrónica.

Cómo usamos y revelamos su información médica del paciente

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención.

Pagos: Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que debamos obtener autorización de su compañía de seguros antes de brindar ciertos tipos de tratamiento o revelar su información a pagadores para determinar si está inscrito o si es elegible para recibir los beneficios. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud.

Operaciones de atención de la salud: Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento, la coordinación de servicios legales, y evaluar la atención y los resultados de su caso y de otros como el suyo.

Divulgaciones y usos especiales

Luego de un procedimiento, revelaremos sus instrucciones de alta e información relacionada con su atención, a la persona que lo llevará hasta su casa desde el centro o que, de otro modo, esté identificada como la persona que le ayudará en su atención posterior al procedimiento. Es posible que también revelemos información médica relevante a un familiar, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención o el pago de su atención, y que revelemos información a aquellas personas que brinden asistencia en actividades de auxilio en caso de catástrofes.

Otros usos y divulgaciones

Es posible que debamos o que se nos permita usar o revelar la información incluso sin su permiso, según se describe a continuación:

Cuando está exigido por ley: Probablemente nos veamos obligados por ley a revelar información, como por ejemplo informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.

Fines de investigación: Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.

Actividades de salud pública: Podemos revelar a las autoridades sanitarias estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares.

Supervisión de la salud: Es posible que revelemos información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorias, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento, una solicitud de divulgación o una orden de un tribunal apropiado.

Fines relativos a la observancia de las leyes: Es posible que revelemos información que funcionarios a cargo del cumplimiento de las leyes necesiten o soliciten o que denunciamos un delito en nuestras instalaciones.

Muertes: Podemos revelar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.

Amenazas serias a la salud o a la seguridad: Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público o de un tercero.

Funciones militares o especiales del gobierno: Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

Compensación a trabajadores: Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación a trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Asociados comerciales: Podemos revelar su información médica a asociados comerciales (personas o entidades que desempeñan funciones en nuestra representación), siempre que acuerden proteger la información.

Mensajes: Podemos contactarnos con usted para enviarle recordatorios de citas, o para realizar facturaciones o cobros, y podemos dejar mensajes en su contestadora, correos de voz o utilizar otros métodos.

En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o divulgación futuros. Conforme al cumplimiento con excepciones limitadas, no utilizaremos ni revelaremos notas de psicoterapia, ni tampoco su información médica para fines de comercialización, ni venderemos su información médica, salvo que usted haya firmado una autorización.

Derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con la persona de contacto indicada más abajo para conocer la forma apropiada de ejercer estos derechos.

Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y divulgaciones. No tenemos la obligación de aceptar una restricción solicitada, salvo las solicitudes de limitar las divulgaciones a su plan de salud para fines de operaciones de atención médica o pagos cuando haya pagado en su totalidad con dinero propio el artículo o servicio cubierto por la solicitud, y cuando la ley no exija los usos o las divulgaciones.

Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle las citas.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias.

Tiene derecho a solicitar que corrijamos su información.

Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información por razones que no se relacionen con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y salvo por otras excepciones.

Usted tiene derecho a obtener a pedido una copia impresa de la versión vigente de este Aviso, aunque haya acordado previamente recibirla por vía electrónica.

Nuestras obligaciones legales

Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del Aviso actualmente vigente.

Debemos notificar a las personas afectadas en caso de un incumplimiento que involucre información médica sin protección.

Cambios en las prácticas de privacidad

Es posible que cambiamos este Aviso en cualquier momento y que los nuevos términos entren en vigencia para toda la información médica que poseemos. La fecha de vigencia de este Aviso se indica al final de la página. Si cambiamos nuestro Aviso, colocaremos el nuevo documento en la zona de espera. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

Quejas

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada más abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.

Persona de contacto

Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con:

Director del centro:

Sandra E. Salas, R.N.
1300 Murchison Dr., Ste. 180
El Paso, TX 79902
(915) 544-5000

Yo, _____, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad que se me ha entregado.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no se firma, razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo: _____

Testigo del personal que solicita el acuse de recibo

Fecha: _____

MEDICATION RECONCILIATION FORM



Medication allergies (alergia a medicinas)	Reaction (what happens?) Reaccion (que pasa?)

Admitting Nurse				
Date	Signature		Initials	
Information received from	Patient/Fam recall	Brought medicines	Nrg. Home MAR	Patient own list
Discharging Nurse				
Signature:				
Patient/person receiving reconciled medication list:				
Signature:			Date:	
<p><i>IF YOU HAVE QUESTIONS REGARDING THIS MEDICATION LIST, CONTACT YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN.</i></p>				

Medication Discharge Instructions			
<input type="checkbox"/> New Prescription	Dose	Route	Frequency

Attending Physician

Medication list reviewed pre and post procedure

Resume medication as previously ordered

MD Signature