

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Referido por:

Nombre: _____ Seguridad Social #: _____
Primera Mid Última

Dirección: _____
Apartado de la calle / apartado de correos Ciudad Estado Zip

Teléfono: Casa (_____) _____ Obra (_____) _____ Celda (_____) _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Correo electrónico:** _____
El correo electrónico es necesario para nuestro Portal del Paciente y otras comunicaciones educativas.

Médico de atención primaria: _____
Nombre Teléfono Dirección

Estado civil: _____ Raza: _____ Etnia: Hispana _____ No hispanos _____

Contacto de emergencia: _____
Nombre Teléfono Relación con el paciente

Información del cónyuge (si procede): _____
Nombre Fecha de nacimiento Teléfono Empleador

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO

Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección comercial _____ Teléfono empresarial _____

Estado laboral: A tiempo completo PT Militar retirado independiente No empleado _____ Estudiante _____

SEGURO PRINCIPAL _____ Medicare _____ Medicaid _____ Pago directo _____ Comercial _____

Compañía de seguros: _____
Nombre HMO / PPO / ACCESO ABIERTO

Política # _____ Grupo # _____ Copago especializado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre del asegurado _____ Seguro Seguro Seguro # _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Preferencia del paciente: _____
Hospital Laboratorio Farmacia/Dirección

SEGURO SECUNDARIO _____ No aplicable _____ Medicare _____ Medicaid _____ Pago directo _____ Comercial _____

Compañía de seguros: _____
Nombre HMO / PPO / ACCESO ABIERTO

Política # _____ Grupo # _____ Copago especializado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre del asegurado _____ Seguro Seguro Seguro # _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Autorización para tratar y facilitar información a la aseguradora para el pago directo al proveedor: Autorizo el tratamiento y la divulgación de cualquier información médica (obtenida durante mi tratamiento) para tramitar reclamaciones a mi aseguradora. Autorizo el pago directo de mi compañía de seguros a mi proveedor. En cualquier momento, si decido presentar mis propias reclamaciones, entiendo que será necesario el pago completo en el momento de la notificación. También entiendo que seré responsable económicamente de todos los gastos incurridos. En caso de que sea necesario cobrar la cantidad adeudada en mi cuenta mediante litigios legales, las tasas de manejo, cargos de servicio o costas judiciales serán pagadas por el garante mencionado anteriormente, lo que podría incluir una tasa de cobro del 25%. Para evitar la aplicación de lo anterior, las tasas deben pagarse puntualmente al finalizar los servicios prestados. Autorizo la entrega de historiales médicos a Nephrology and Hypertension Medical Associates PC según sea necesario para la continuidad de la atención. Además, entiendo que la consulta proporcionará, a mi petición, una copia del Aviso de Privacidad de HIPAA, que está claramente colocado en el vestíbulo.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DE IMPRESIÓN

FECHA

FIRMA DEL AVAL (si no es paciente)

NOMBRE DE IMPRESIÓN

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD ____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LA FECHA DE HOY _____

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (ROS) *Revisa los síntomas que tienes o has tenido en el último año.*

GENERAL Altura _____ Peso habitual _____ Libra s. Fecha del último examen físico _____ ☐ Escalofríos ☐ Fiebre ☐ Sweats ☐ Pérdida de sueño ☐ Pérdida de peso ☐ Cansado ☐ Aumento de peso OJOS ☐ Visión borrosa ☐ Dolor en los ojos ☐ Cambios en la visión ☐ Visión – Halos OÍDOS, NARIZ, GARGANTA ☐ Dolor de oído/drenaje ☐ Pérdida de audición ☐ Zumbido en los oídos ☐ Drenaje nasal ☐ Sangrados nasales ☐ Problemas de sinusitis ☐ Ronquera ☐ Encías sangrantes ☐ Dificultad para tragar MENTAL ☐ Ansiedad ☐ Nerviosismo ☐ Depresión	CARDIOVASCULAR ☐ Electrocardiograma abdominal ☐ Dolor en el pecho, opresión, presión ☐ Desmayos, desmayo ☐ Hipertensión ☐ Latido irregular ☐ Dolor en la pierna al caminar ☐ Tensión arterial baja ☐ Mala circulación ☐ Latido cardíaco acelerado ☐ Hinchazón de tobillos o pies ☐ Varices ☐ Pies o manos frías/entumecidas GASTROINTESTINAL ☐ Pobre apetito ☐ Hinchazón ☐ Cambios intestinales ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Cambios en los hábitos alimenticios ☐ Hambre excesiva ☐ Gas ☐ Hemorroides ☐ Indigestión ☐ Náuseas y/o vómitos ☐ Sangrado rectal NEUROLOGÍA ☐ Convulsiones, ataques, convulsiones ☐ Mareos ☐ Visión doble ☐ Olvido ☐ Dolor de cabeza ☐ Entumecimiento	HEMATOLOGÍA ☐ Tendencia a sangrado PIEL ☐ Moretones fácilmente ☐ Cambio en los lunares ☐ Cambio en el color de piel ☐ Cicatrices ☐ Una llaga que no sana RESPIRATORIO ☐ Resfriados en el pecho (frecuentes) ☐ Tos persistente ☐ Tos de sangre ☐ Dificultad para respirar ☐ Jadeo GENITOURINARIA ☐ Sangre en orina Micción: ☐ > dos veces durante la noche ☐ Doloroso ☐ Pérdida de control ☐ Orina goteando ☐ Pasar más agua de la que solía ☐ Pierdes orina al toser o estornudar ☐ Disminución de la fuerza/función MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO Dolor, debilidad, entumecimiento en: ☐ Brazos ☐ Caderas ☐ Codos ☐ Back ☐ Piernas ☐ Muñeca ☐ Feet ☐ Cuello ☐ Tobillo ☐ Manos ☐ Hombro ☐ Feet ☐ Rodillas ☐ Problemas para caminar	ALÉRGICO ☐ Urticaria ☐ Erupción o picor ENDOCRINO ☐ Sed excesiva SOLO HOMBRES ☐ Bulto en el pecho ☐ Dificultades de erección ☐ Bulto en los testículos ☐ Descarga del pene ☐ Irritación en el pene ☐ Próstata agrandada ☐ Otros _____ SOLO MUJERES ☐ Papanicolaou anormal ☐ Sangrado entre periodos ☐ Bulto en el pecho ☐ Dolor menstrual extremo ☐ Sofocos ☐ Flujo del pezón ☐ Relaciones sexuales dolorosas ☐ Flujo vaginal ☐ Otros _____ Fecha de la última _____ citología Fecha de la _____ última mamografía _____ ¿Estás embarazada? ☐ No ☐ Sí. Número de hijos. _____
--	---	---	---

ANTECEDENTES MÉDICOS, FAMILIARES Y SOCIALES (comprueba las condiciones que tienes o has tenido en el pasado)

☐ SIDA ☐ Alcoholismo ☐ Anemia ☐ Anorexia ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Infecciones de vejiga/riñón ☐ Trastornos hemorrágicos ☐ Bulto en el pecho ☐ Bronquitis ☐ Cáncer	☐ Cataratas ☐ Dependencia química ☐ Diabetes ☐ Enfisema ☐ Epilepsia ☐ Enfermedad de la vesícula biliar ☐ Glaucoma ☐ Bocio ☐ Gota ☐ Fiebre del heno ☐ ¿Infarto, MI cuándo? _____	☐ Enfermedad cardíaca ☐ Hepatitis ☐ Hipertensión ☐ Colesterol alto ☐ VIH positivo ☐ Ictericia ☐ Enfermedad hepática ☐ Enfermedad renal ☐ Migrañas ☐ Aborto espontáneo ☐ Mononucleosis ☐ Esclerosis múltiple	☐ Osteoporosis ☐ Marcapasos ☐ Neumonía ☐ Atención Psiquiátrica/Problemas ☐ Problemas de próstata ☐ Fiebre Reumática ☐ Carrera ☐ Intento de suicidio ☐ Problemas de tiroides ☐ Tuberculosis ☐ Úlceras ☐ Infecciones vaginales
---	--	--	---

HÁBITOS PERSONALES – HISTORIA SOCIAL (revisa todo lo que aplica)

TABACO ☐ Cigarrillos # al día ☐ Tubería ☐ Puros ¿Cuándo empezaste a fumar? Edad/años ____ ¿Cuándo dejaste de fumar? Edad/Años ____ ☐ Drogas ilegales	ALCOHOL ☐ Licor fuerte ☐ menos de 1 oz/día ☐ 1-3oz/día ☐ Más de 3 oz/día ☐ Cerveza ☐ 1 botella/día ☐ 1-3 botellas al día ☐ Más de 3 botellas al día	☐ Vino ☐ 1 vaso/día ☐ 1-3 vasos/día ☐ Más de 3 vasos/día ☐ Café ____ Copas/día ☐ Otras cafeínas _____ ☐ Uso de mucha sal ☐ Restricciones especiales de alimentación_____	DURMIENDO ☐ Dificultad para conciliar el sueño ☐ Perturbaciones de continuidad ☐ Despertar temprano en la mañana ☐ Somnolencia diurna EJERCICIO ☐ Programa de ejercicio rutinario ☐ Haz ejercicio al menos 3 veces por semana
---	--	---	--

EDUCACIÓN ☐ GED ☐ Escuela Técnica **CUIDADOR** ☐ Autocuidado ☐ Relativo
☐ Escuela de posgrado ☐ Instituto de Secundaria ☐ Universidad ☐ Otros _____

HOSPITALIZACIONES PREVIAS/ENFERMEDADES/LESIONES

Año	Hospital	Motivos de la hospitalización y resultados

Año	Enfermedad/lesiones graves	Resultado

OCUPACION: COMPRUEBA SI TU TRABAJO TE EXPONE A LO SIGUIENTE

☐ Trabajo pesado	☐ Sustancias peligrosas
☐ Estrés	☐ Otros

Ocupación: _____

- ☐ Trabajar más de 60 horas a la semana
☐ Trabaja en más de un empleo
☐ Discapacitado
☐ Retirado
☐ Actualmente desempleado
☐ Ama de casa / Ama de casa

Otros médicos que actualmente ven

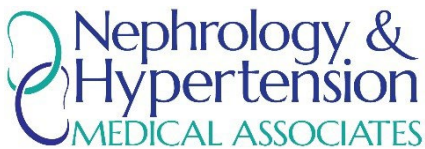
MEDICAMENTOS (Lista de todos los medicamentos con y sin receta actuales)

ALERGIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES: Rellena la información de salud sobre tu familia. Introduce un cheque o rellena la información en las casillas que te correspondan.

	Padre				Madre				Hermano				Hermana				Cónyuge	Hijos					
Edad (si vive)									1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4	5	6
Salud (G) Buena (B) Mala																							
Cáncer																							
Tuberculosis																							
Diabetes																							
Problemas cardíacos																							
Hipertensión																							
Golpe																							
Epilepsia / Convulsiones																							
Enfermedad renal																							
Lupus																							
Artritis reumatoide																							
Asma, fiebre del heno																							
Enfermedad sanguínea																							
Edad de la Muerte																							
Causa de la muerte																							

Firma: _____ Fecha: _____



Declaración de Política Financiera

Creemos firmemente que todos los pacientes que acuden a esta consulta esperan y merecen una atención médica de calidad. Para que podamos ofrecer este nivel de servicio, es importante que nuestros pacientes comprendan nuestras políticas financieras. Por lo tanto, te pedimos que leas y firmes la siguiente información importante:

1. Si somos un proveedor participante en su plan, apareceremos en la lista de "proveedores" o directorio de "proveedores preferentes" de su grupo. Esto no garantiza el pago. Facturaremos directamente a tu compañía de seguros y recibiremos el pago directamente de ellos. La mayoría de los planes requieren un "copago" por visita y/o tienen "deducibles" anuales. Algunos planes requieren que pagues un copago del 20% cuando se realizan pruebas diagnósticas. Exigimos que se paguen copagos y/o deducibles antes de prestar los servicios, o la cita puede reprogramarse o el paciente puede tener 25,00 \$ adicionales añadidos a su cuenta.
2. Si tu seguro requiere la aprobación de la derivación, la documentación necesaria es tu responsabilidad. Debes entregar tu formulario de derivación y/o número a la recepcionista cuando hagas el check-in para ver al médico. No cumplir con los requisitos de tu compañía de seguros podría hacerte responsable de los servicios prestados.
3. Si la información de tu seguro está actualizada, presentaremos hasta dos formularios de reclamación de seguro separados por los servicios que recibas. Es tu responsabilidad informarnos sobre los cambios en tu plan de seguro. Es importante recordar que tu cobertura de seguro es un contrato entre tú y tu compañía de seguros. Aunque presentamos reclamaciones por ti, sigues siendo responsable de tu factura, independientemente de la cantidad que pague tu compañía de seguros, salvo en casos de acuerdos de seguro prenegociados y donde esté legalmente prohibido.
4. Si no tienes seguro, se espera el pago en el momento en que recibas los servicios. El pago se aceptará en efectivo, por cheque o tarjeta de crédito. Si se devuelve el cheque por fondos insuficientes, se añadirá una tarifa adicional de 30,00 \$ a la cuenta del paciente. Si no es posible pagar la totalidad en el momento de la notificación, los arreglos deben realizarse a través de nuestra oficina de facturación.
5. En caso de que el pago no se reciba tras haber enviado 3 notificaciones por correo, se añadirá una comisión de cobro del 25% a la cuenta antes de enviarla a la agencia de cobro. Es responsabilidad del paciente notificar a la consulta cualquier cambio de seguro, dirección u otros cambios demográficos.
6. Para ayudar a las solicitudes de cita inmediata de los pacientes, requerimos un aviso previo al menos de 48 horas en caso de que su cita deba cancelarse o reprogramarse. Si no nos notificas **con al menos 48 horas de antelación, se puede añadir un cargo de 50 dólares** a tu cuenta.
7. Un plan de descuento de pago directo solo está disponible si se paga antes de acudir al proveedor. Si no se paga la totalidad antes de la cita, se aplicará el cargo completo.

Esperamos que esta Declaración de Política Financiera le ayude a comprender la importancia de pagar puntualmente su factura. No dude en llamar a nuestra oficina de facturación al (912)354-4813 si tiene alguna pregunta.

He leído la información anterior y entiendo que soy responsable de la notificación para la notificación de los mandatos de mi plan de seguro.

Firma del paciente / garante

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Política de pago directo para visitas a la oficina

Nephrology and Hypertension Medical Associates entiende que no todo el mundo tiene seguro médico o puede querer evitar usar su seguro médico. Para ayudarte a proporcionar la atención que necesitas, hemos implementado una política de tarifa reducida.

Para obtener un pago completo con descuento, los pagos indicados a continuación deberán realizarse antes de ser vistos

- Para pacientes atendidos en los últimos 3 años, un paciente establecido, la tarifa con descuento sería de 135,00 \$ incluyendo cualquier servicio adicional; o,
- Para los pacientes que son atendidos por nuestros proveedores por primera vez, Nuevo Paciente, la tarifa con descuento sería de 205,00 \$ incluyendo cualquier servicio adicional.

Para quienes aún no pueden pagar la cantidad total con descuento por adelantado, deben cumplir con lo siguiente:

- Se deposita un mínimo de 75,00 \$ como entrada y serás responsable de la totalidad del cargo sin descuento. Este descuento no cubre ningún otro servicio que pueda realizarse durante la visita, como procedimientos de laboratorio, pero estos se facturarán al paciente.
 - a. Para pacientes atendidos en los últimos 3 años, un paciente establecido, el cargo completo puede ser de hasta 401,00 dólares, sin incluir servicios adicionales; o,
 - b. Para los pacientes que son atendidos por nuestros proveedores por primera vez, Nuevo Paciente, el cargo completo puede ser de hasta 618,00 \$, sin incluir servicios adicionales.

Esperamos que nuestra Política de Pago Directo para Visitas a Oficina le ayude a entender los descuentos disponibles si se paga antes de ser atendido. No dude en llamar a nuestra oficina de facturación al (912)354-4813 si tiene alguna pregunta.

Tus derechos y protecciones frente a facturas médicas inesperadas

Cuando recibes atención de urgencia o un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, estás protegido contra facturaciones sorpresa o facturación de saldo.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando acudas a un médico u otro proveedor sanitario, es posible que tengas que pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro y/o una franquicia. Puede que tengas otros costes o que tengas que pagar la factura completa si ves a un proveedor o visitas un centro sanitario que no esté en la red de tu plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con tu plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden poder cobrarte la diferencia entre lo que tu plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama "**facturación de saldo**". Esta cantidad probablemente sea superior a los costes dentro de la red para el mismo servicio y puede que no cuente para el límite anual de gastos de bolsillo.

"Facturación sorpresa" es una cuenta de balance inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puedes controlar quién está involucrado en tu cuidado, como cuando tienes una emergencia o cuando programas una visita en un centro dentro de la red pero eres atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Estás protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tienes una condición médica de emergencia y recibes servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede cobrarte es el importe compartido de costes dentro de la red de tu plan (como copagos y coseguros). **No puedes** cobrarte saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puedas obtener una vez que estés en condición estable, a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones para no ser facturado a saldo por estos servicios post-estabilización.

Los estados de Georgia, Carolina del Sur y el gobierno federal tienen leyes para protegerte de la facturación de saldo, aunque son diferentes. Las normas estatales solo se aplican a los planes de seguro de salud comercial totalmente asegurados y a algunos planes gubernamentales. Las normas federales también pueden aplicarse al seguro de salud comercial en situaciones en las que recibiste servicios sanitarios en otro estado, tu seguro médico esté regulado por un estado distinto a Georgia o el servicio sanitario que recibiste no esté regulado por la ley estatal. La mayoría de las diferencias entre las leyes estatales y federales están en cómo las normas afectan a los proveedores y aseguradoras de salud, así que normalmente no tendrás que preocuparte por eso. Sin embargo, los procesos de reclamación son diferentes, como se indica en las páginas web gubernamentales que se indican a continuación.

Ciertos servicios en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio

Cuando recibes servicios de un hospital dentro de la red o de un centro quirúrgico ambulatorio, ciertos proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden cobrarte es la cantidad de costes compartidos dentro de la red de tu plan. Esto se aplica a medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalistas o servicios intensivistas. Estos proveedores **no pueden** cobrarte por equilibrio y puede **que no** te pidan que renuncies a tus protecciones para no ser facturado por saldo. Según la ley de Georgia, esta norma también se aplica a centros de imagen, centros de parto y centros similares, además de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios. Si obtienes otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden cobrarte el saldo, a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones.

Nunca estás obligado a renunciar a tus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco estás obligado a recibir atención fuera de la red. Puedes elegir un proveedor o centro dentro de la red de tu plan.

La mejor manera de encontrar un proveedor dentro de la red es utilizar el directorio de proveedores en línea en la web de tu plan de salud.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tienes las siguientes protecciones:

- Solo eres responsable de pagar tu parte del coste (como los copagos, coseguros y deducibles que pagarías si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Tu plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Tu plan de salud generalmente debe:
 - Cubre los servicios de emergencia sin requerir que obtengas la aprobación previa (autorización previa).
 - Cubre los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basala lo que debes al proveedor o centro (coste compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestra esa cantidad en tu explicación de beneficios.
 - Cuenta cualquier cantidad que pagues por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para tu franquicia y límite de gastos de bolsillo.

En Georgia, si crees que te han cobrado erróneamente, primero contacta con tu proveedor y/o tu plan de salud para obtener una explicación. Si no pueden resolver tus preocupaciones, puedes contactar con la Oficina del Comisionado de Seguros y Seguridad contra Incendios de Georgia en línea en <https://oci.georgia.gov/> o por teléfono en el 404-656-2070.

Visita <https://www.cms.gov/nosurprises> para más información sobre tus derechos según la ley federal.

Visita <https://oci.georgia.gov/how-do-i-present-complaint> para más información sobre tus derechos bajo la ley de Georgia.

En Carolina del Sur, si crees que te han cobrado erróneamente, primero contacta con tu proveedor y/o tu plan de salud para obtener una explicación. Si no pueden resolver tus preocupaciones, puedes contactar con la Oficina de Servicios al Consumidor en línea en <https://doi.sc.gov/1001/No-Surprises-Act-Information> o por teléfono al 803-737-6160

Visita <https://www.cms.gov/nosurprises> para más información sobre tus derechos según la ley federal.

Visita <https://doi.sc.gov/1001/No-Surprises-Act-Information> para más información sobre tus derechos bajo la ley de Carolina del Sur.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

(Actualizado para los requisitos de HIPAA y 42 CFR Parte 2 con efecto a partir del 16 de febrero de 2026)

I, _____, entiende que Nephrology and Hypertension Medical Associates mantiene registros en papel y electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes de atención futuros.

PROPÓSITOS DE USO Y DIVULGACIÓN

Mi información sanitaria protegida (PHI) puede ser utilizada o divulgada para:

- Tratamiento – coordinación de la atención entre los proveedores sanitarios
- Pago – facturación y verificación de pagos por parte de las aseguradoras
- Operaciones sanitarias – revisión de calidad, formación, auditoría y funciones administrativas

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido o recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad que explica cómo puede utilizarse y divulgarse mi información y mis derechos según la ley federal.

DERECHOS DEL PACIENTE

Entiendo que tengo derecho a:

- Accede, inspecciona y obtén copias de mis registros
- Solicito modificaciones a mi información
- Restricciones de solicitud y comunicaciones confidenciales
- Recibe un registro de las divulgaciones
- Recibe notificaciones de brechas sin demoras excesivas
- Presenta una queja sin represalias

INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (42 CFR PARTE 2)

Ciertos registros relacionados con el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias están protegidos por la ley federal. Con mi consentimiento por escrito, dicha información podrá ser utilizada y divulgada para tratamiento, pago y operaciones sanitarias conforme a las salvaguardas de la HIPAA.

Una vez divulgada con mi consentimiento, esta información podrá ser redivulgada según lo permita la HIPAA. Entiendo que no será discriminado basándome en esta información y seré notificado de cualquier brecha relacionada con dicha información.

PROTECCIONES DE LA PRIVACIDAD EN LA SALUD REPRODUCTIVA

La ley federal prohíbe el uso o divulgación de información sanitaria protegida para investigar o imponer responsabilidad relacionada con la atención sanitaria reproductiva legal. Ciertas divulgaciones requieren una declaración legal antes de su liberación.

REVOCACIÓN

Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya tomado acción en base a él.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA

Consiento compartir mi información con otros proveedores mediante un intercambio electrónico seguro para tratamiento, pago y operaciones sanitarias.

Firma del paciente

Nombre impreso

Fecha

SOLO PARA USO EN OFICINA:

Consentimiento recibido por _____ Fecha _____

Consentimiento denegado por el paciente y tratamiento denegado según lo permitido
Consentimiento añadido al historial médico en _____

HISTORIAL DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la norma de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de información sanitaria protegida (PHI). El individuo también otorgaba el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de PHI realizadas por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su domicilio.

Deseo que me contacten de la siguiente manera: *(marque todo lo que corresponda)*

☐ Teléfono de Trabajo

- ☐ Vale dejar un mensaje detallado
- ☐ Deja el mensaje solo con el número de llamada de devolución

☐ Teléfono de Casa

- ☐ Vale dejar un mensaje detallado
- ☐ Deja mensaje solo con número de devolución de llamada

☐ Teléfono móvil

- ☐ Vale para Leave dcon cola Mensaje
- ☐ Vale para envía Texto Mensaje

☐ Comunicación Escrita

- ☐ Vale para Correo electrónico a esta dirección _____
- ☐ Vale para enviar por correo Inicio Dirección
- ☐ Vale enviar al trabajo o a la oficina
- ☐ Vale para fax a este número de teléfono _____

Puedes dejar consultas con, comentar mi tratamiento, citas u otros acuerdos de programación que puedan ocurrir, o proporcionar otra información según sea necesario con los siguientes familiares, amigos o representantes personales. Entiendo que Nephrology & Hypertension Medical Associates se negará a hablar de mi información con cualquiera que no esté listado a continuación, salvo en caso de emergencia. También entiendo que este consentimiento no se aplica a los proveedores médicos.

Por favor, confirma:

1.	3.
2.	4.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, imprime Nombre: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Me han presentado una copia del Protocolo de Prácticas de Privacidad para Nefrología y Asociados Médicos de Hipertensión que detalla cómo puede ser consultada y divulgada mi información según lo permitan las leyes federales y estatales.

Paciente/Tutor Firmado _____ Fecha: _____

Relación con paciente: _____

Solo para uso en oficina :

Si el paciente o tutor se niega a firmar el acuse de recibo de la notificación, por favor documente la fecha y hora en que se presentó el aviso al paciente y firme aquí:

Presentado por: _____ (nombre del empleado y TíUe)

Fecha: _____ Tiempo: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Actualizado para reflejar los requisitos de HIPAA y HHS con efecto a partir del 16 de febrero de 2026

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Nephrology & Hypertension Medical Associates, P.C. protege la privacidad y seguridad de tu información sanitaria protegida (PHI) de acuerdo con la ley federal HIPAA (45 CFR Partes 160 y 164) y las disposiciones aplicables del 42 CFR Parte 2 que regula los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD). Mantenemos las salvaguardas administrativas, físicas y técnicas adecuadas para proteger tu información.

Le notificaremos sin demora excesiva y en ningún caso posterior a lo exigido por la ley federal, si una brecha compromete la privacidad o seguridad de su información.

La ley federal proporciona protecciones adicionales para la información legal sobre la atención de salud reproductiva y prohíbe ciertos usos o divulgaciones relacionadas con investigaciones o procedimientos relacionados con dichos cuidados, salvo que la ley lo permita expresamente.

Los registros relacionados con el diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por consumo de sustancias están protegidos bajo el 42 CFR Parte 2. Dicha información no puede ser utilizada ni divulgada en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos sin tu consentimiento escrito específico o una orden judicial que cumpla con las normativas federales.

Cualquier divulgación de registros de SUD realizada con tu consentimiento por escrito para tratamiento, pago u operaciones sanitarias está sujeta a las salvaguardas de HIPAA. A los destinatarios de esta información se les prohíbe volver a divulgarla salvo que lo permita la ley.

DERECHOS DEL PACIENTE

- Recibe atención respetuosa, considerada y no discriminatoria.
- Accede y obtén copias de tus historiales médicos en formato papel o electrónico dentro de los plazos exigidos por la ley federal.
- Solicitar enmiendas a registros incorrectos o incompletos.
- Solicita comunicaciones confidenciales y restricciones sobre ciertas divulgaciones, incluidas restricciones a las declaraciones a los planes de salud cuando pagues la totalidad de tu bolsillo.
- Recibe un registro de las declaraciones de tu PHI según lo exige la ley.
- Recibir notificaciones de brecha por escrito cuando sea necesario.
- Recibir protecciones adicionales para los registros de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el derecho a proporcionar o negar consentimiento por escrito para las divulgaciones.
- Estar libre de discriminación basada en el historial de trastornos por consumo de sustancias o en la información del tratamiento.
- Presenta una queja sobre prácticas de privacidad sin temor a represalias.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Proporciona información médica y de seguros precisa y completa.
2. Comunícate de forma abierta y honesta con tus profesionales sobre los síntomas, el historial médico, la medicación y las preocupaciones.
3. Solicita aclaraciones cuando no entiendas tu diagnóstico, plan de tratamiento o instrucciones.
4. Sigue los planes de tratamiento acordados o notifique a tu proveedor si no puedes o no quieres cumplirlo.
5. Mantén las citas programadas o avisa con antelación de la cancelación.
6. Cumple con las obligaciones financieras relacionadas con tu cuidado o habla sobre dificultades económicas cuando sea aplicable.
7. Participa en el mantenimiento de la salud y en conductas preventivas siempre que sea posible.
8. Evita conductas que pongan a otros en un riesgo irrazonable de daño, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.
9. Considera las directrices anticipadas y discute las decisiones de final de vida cuando sea apropiado.
10. Abstén de participar en prácticas sanitarias fraudulentas y denuncia conductas poco éticas cuando se observe.

AGRADECIMIENTOS

Reconozco que he recibido, leído y comprendido los Derechos y Responsabilidades del Paciente y entiendo que mi información sanitaria protegida será gestionada de acuerdo con la HIPAA y las normativas federales de confidencialidad sobre trastornos por uso de sustancias aplicables.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nefrology and Hypertension Medical Associates, PC Fecha de vigencia: 16 de febrero de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSALO DETENIDAMENTE. NUESTRO COMPROMISO CON TU PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger tu información de salud. Cuando recibes atención de nuestra consulta, creamos registros sobre tu salud, tratamiento y servicios. Estamos obligados por ley a:

- Mantén la privacidad de tu información sanitaria protegida (PHI)
- Te proporciono este Aviso de Prácticas de Privacidad
- Siga los términos de este Aviso actualmente vigente
- Notificarte si ocurre una brecha relacionada con tu PHI no asegurada

Este Aviso se aplica a todos los registros que creemos o mantenemos. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, actualizaremos este Aviso y pondremos la versión revisada disponible en nuestra oficina y a petición.

Si tiene preguntas, por favor contacte con: Responsable de Privacidad – (912) 354-4813

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN SANITARIA

Podemos utilizar o divulgar tu PHI para los siguientes fines sin tu autorización por escrito:

1. Tratamiento

Podemos utilizar y compartir tu PHI para proporcionar, coordinar o gestionar tu atención médica. Ejemplos incluyen solicitar análisis, redactar recetas, consultar con otros profesionales o compartir información con los cuidadores implicados en tu tratamiento.

2. Pago

Podemos utilizar y divulgar tu PHI para facturar servicios y obtener el pago de ti, tu compañía de seguros o un tercero. Ejemplos incluyen verificar la cobertura, presentar reclamaciones o proporcionar la información necesaria para la autorización previa.

3. Operaciones sanitarias

Podemos utilizar y divulgar tu PHI para actividades necesarias para operar nuestra consulta. Ejemplos incluyen la evaluación de calidad, la formación del personal, la auditoría y la planificación empresarial.

4. Personas implicadas en tu cuidado

Podemos compartir tu PHI con familiares, amigos u otras personas implicadas en tu cuidado o en el pago por tu cuidado, cuando sea apropiado.

5. Recordatorios de citas e información sanitaria

Podemos ponernos en contacto contigo con recordatorios de citas o información sobre opciones de tratamiento o servicios relacionados con la salud.

6. Según lo exigido por la ley

Divulgaremos la información de información sobre información pública cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.

SITUACIONES ESPECIALES EN LAS QUE PODAMOS REVELAR TU INFORMACIÓN

También podemos revelar tu PHI en las siguientes circunstancias:

- Actividades de salud pública
- Actividades de supervisión sanitaria
- Demandas y acciones legales
- Fines de aplicación de la ley
- Para prevenir una amenaza seria para la salud o la seguridad
- Actividades militares y de seguridad nacional
- A instituciones penitenciarias o a las fuerzas del orden si estás bajo custodia

- Programas de compensación laboral

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN TU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Debemos obtener su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar su PHI para:

La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia (Nota: Nuestra oficina no crea ni mantiene un directorio hospitalario ni notas de psicoterapia)

- Marketing (salvo que haya una excepción)

- Venta de PHI

- La mayoría de los registros de tratamiento compartidos por Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) protegidos bajo 42 CFR Parte 2

Puedes revocar tu autorización en cualquier momento por escrito.

INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (TSA) – 42 CFR PARTE 2 (Actualizado)

Parte de la información sanitaria relacionada con el tratamiento del trastorno por uso de sustancias está protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2). Con su consentimiento por escrito, esta información podrá ser utilizada y divulgada para tratamiento, pago y operaciones sanitarias conforme a la HIPAA y la legislación aplicable.

Una vez divulgada con tu consentimiento, esta información puede ser redivulgada según lo permitan las normativas de privacidad de HIPAA y las salvaguardas aplicables.

No discriminaremos contra usted en función de la información sobre trastornos por consumo de sustancias, incluyendo decisiones relacionadas con tratamiento, empleo, vivienda o acceso a prestaciones según lo prohíba la ley.

Tienes derecho a recibir un informe de las divulgaciones de tu información sobre SUD y a ser notificado de una brecha que involucre dicha información conforme a los requisitos federales de notificación de brechas.

Puedes revocar tu consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya tomado una acción basándose en él.

TUS DERECHOS RESPECTO A TU INFORMACIÓN SANITARIA

Tienes los siguientes derechos:

1. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica. Envíe solicitudes por escrito a: Responsable de Privacidad – (912) 354-4813.

2. Derecho a solicitar restricciones

Puedes solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos tu PHI. No estamos obligados a aceptar, salvo cuando solicites que no facilitemos información a tu plan de salud sobre los servicios pagados íntegramente de su bolsillo.

3. Derecho a inspeccionar y obtener copias

Puede inspeccionar u obtener una copia de sus registros médicos y de facturación. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias.

4. Derecho a solicitar una enmienda

Si cree que su información es incorrecta o incompleta, puede solicitar una enmienda por escrito.

5. Derecho a una contabilidad de las divulgaciones

Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su PHI durante los últimos seis años, excluyendo las realizadas para tratamiento, pago u operaciones.

6. Derecho a una copia en papel de este aviso

Puedes solicitar una copia en papel en cualquier momento.

7. Derecho a presentar una queja

Si crees que se han vulnerado tus derechos de privacidad, puedes presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No serás sancionado por

presentar una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Responsable de Privacidad

Asociados Médicos de Nefrología e Hipertensión (912)

354-4813

Apéndice A de la Parte 92—Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad y la declaración de no discriminación:

La discriminación es ilegal

Nephrology and Hypertension Medical Associates PC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Nephrology and Hypertension Medical Associates PC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Asociados Médicos de Nefrología e Hipertensión PC:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte con Nicole Miranda, LPN (Directora de Operaciones Clínicas) o Trish Rotureau (Administradora de la Consulta)

Si crees que Nephrology and Hypertension Medical Associates PC no ha proporcionado estos servicios o discriminados de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar una queja con: Nicole Miranda, LPN (Directora de Operaciones Clínicas) o Trish Rotureau (Administradora de la Consulta)

1115 Lexington Avenue
Savannah, GA 31404
912/354-4813
FAX 912/354-7569

Puedes presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja, Trish Rotureau, administradora de la consulta, está disponible para ayudarte. También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence
Avenue, SW Habitación 509F, Edificio HHH Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.