

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE/MADRE O PERSONA RESPONSABLE (si paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

No. de Telefono: casa /mobil \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**Comunicación preferida para recordatorios de citas y otros mensajes - ninguna información de salud será revelada (circule) email / trabajo / mobil / casa**

**¿Está bien recibir correo electrónico de nuestra clínica? Si/ No (circule)**

---

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

### Consentimiento para Tratamiento

Presto autorización para recibir tratamiento y servicios rendidos por Zia L. Robles Hernandez, doctora de medicina naturopata. Reconozco que hay posibles riesgos del/de los procedimiento(s), así como métodos alternativos de tratamiento. Los riesgos incluyen, a modo de ejemplo, reacciones alérgicas, efectos secundarios de medicamentos, moretes en sitios de inyección u otros tratamientos. Entiendo que es mi responsabilidad de hacer preguntas o hacer saber dudas que tengo acerca los tratamientos recomendados. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

**Noticia para mujeres en cinta:** Porfavor de alertar a la doctora si sospechan o si están en cinta, ya que ciertos tratamientos están contraindicados durante el embarazo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Poliza de comunicación de texto por correo electrónico y teléfono celular

#### Email

El uso del correo electrónico para la comunicación tiene muchas ventajas y, como tal, muchos de nuestros pacientes desean comunicarse con nosotros de esta manera.

Enviar por correo electrónico también tiene algunas desventajas, incluyendo los riesgos de confidencialidad para su información de salud protegida (PHI). Debido a esto, las leyes HIPPA requieren que le informemos de los riesgos y sus derechos y obtenga su consentimiento antes de enviarle un correo electrónico sobre su PHI (a menos que nos envíe por correo electrónico primero, entonces se considera consentimiento implícito). Natural Elements Medicine ha tomado varias medidas para reducir el riesgo de enviar por correo electrónico y mantener el cumplimiento HIPPA; Sin embargo, el correo electrónico nunca es libre de riesgos.

#### Riesgos

Hay ciertos riesgos inherentes al uso del correo electrónico. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados, a:

- El correo electrónico puede ser enviado, impreso y almacenado en numerosos formularios electrónicos y en papel.
- El correo electrónico puede ser enviado a la dirección incorrecta.
- El correo electrónico puede ser más fáciles de forjar que los documentos manuscritos o firmados.
- Pueden existir copias de correo electrónico incluso después de que el remitente o el receptor hayan borrado su copia.

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Los proveedores de servicios de correo electrónico tienen derecho a archivar e inspeccionar correos electrónicos.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado o utilizado sin detección o autorización.
- El correo electrónico puede propagar virus informáticos.
- La entrega del correo electrónico no está garantizada.
- Las cuentas de correo electrónico pueden ser invadidas por hackers y vistas por personas no autorizadas.

### **Responsabilidad del paciente**

Pedimos a los pacientes que quieran usar el correo electrónico para comunicarse con nosotros convengan a:

- No utilizar correo electrónico para emergencias médicas. Por favor llame al 911.
- Llame a NEM por teléfono si no ha recibido una respuesta a un correo electrónico dentro de un período de tiempo razonable. El correo electrónico se checa varias veces al día, pero hay períodos en los que el correo electrónico no se checa durante períodos prolongados (como en tiempo de vacaciones).
- Informar a NEM de cualquier cambio en una dirección de correo electrónico.
- Informe a NEM por escrito si decide interrumpir el uso de las comunicaciones por correo electrónico.
- Identifíquese claramente en el cuerpo del mensaje del correo electrónico.
- No revelar información médica en el cuerpo del correo electrónico.
- UTILICE el Portal del Paciente para mensajes que cumplan con HIPPA para los mensajes que contienen PHI.

### **Responsabilidad de Natural Elements Medicine**

NEM acuerda a:

- Tomar medidas de precaución razonables para proteger su PHI enviado por correo electrónico.
- No vender su correo electrónico a otros partidos
- Enviarte un correo electrónico solo por las siguientes razones: (excepto cuando sea revocado por tu permiso):
  - Contacto con las actualizaciones de la oficina, o boletines
  - Para proporcionar recordatorios de citas
  - Para proporcionar facturas

### **Mensajes de texto**

Mensajes de texto solamente serán recibidos para confirmar citas, NO para comunicación de información medica.

### **Cargos por la utilización correo electrónico**

El costo de la mensajería (a través del Portal del Paciente) se incluye en los honorarios de su cita y no incurrirá cargos adicionales si se utiliza de manera razonable (preguntas de seguimiento relacionadas con la reciente cita, aclaraciones del plan de tratamiento, etc.). NEM se reserva el derecho de cobrar si los correos electrónicos se vuelven excesivos. Se le notificará con adelanto si es necesario hacerlo.

### **Consentimiento al correo electrónico / texto**

\_\_\_\_\_ He recibido una copia de la poliza de comunicación de texto por correo electrónico y celular de NEM.

\_\_\_\_\_ Al firmar, reconozco que he sido informado de los riesgos inherentes de enviar por correo electrónico y consentir a recibir comunicaciones por correo electrónico.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo la opción de no consentir a enviar por correo electrónico, pero si consiento puedo revocar este permiso en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Acepto cumplir con los requisitos de responsabilidad del paciente en la política de correo electrónico y teléfono celular.

\_\_\_\_\_ Consiento a comunicar via email con NEM

\_\_\_\_\_ Consiento a recibir textos de NEM

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información del seguro

**Nombre del Asegurado (si es diferente del paciente)** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
No. de Telefono: \_\_\_\_\_ cel/casa/trabajo (circule uno)  
**Compañía de seguros** \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Insurance ID # \_\_\_\_\_ Group Number # \_\_\_\_\_

Por la presente asigno que mis beneficios de seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### Poliza Financiera

NEM acepta efectivo, cheque o tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, Discover, AMEX). El pago total se debe al final de su visita, a menos de que se hagan otros arreglos. Todos los costos de laboratorio, suplementos nutricionales y otros suministros deben ser pagados en su totalidad al terminar su cita.

**Seguro de Salud:** El seguro cubrirá solamente el costo de las visitas y sólo si su plan incluye cobertura para consultas con la Dra. Zia L. Robles Hernández.

**Póliza de cancelación:** Por favor, den al menos 24 horas de anticipo para todas las cancelaciones. Las cancelaciones con menos de 24 horas estarán sujetas a una cuota de \$60. Una cantidad de \$30 se acreditarán cuando se haga otra cita. Faltar a una cita sin notificación puede ser cobrada al 100% del costo de la cita.

**PAGOS ATRASADOS:** Entiendo que las cuentas excesivamente atrasadas serán enviadas a una agencia de cobranza externa y seré responsable de los honorarios generados como resultado de los esfuerzos de recaudación. Entiendo que cualquier garante que se menciona a continuación está sujeto a los mismos términos financieros que se describen en este párrafo y que mi historial de pagos, el saldo de la cuenta y las fechas de vencimiento pueden ser revelados al garante con el propósito de asegurar el pago. Entiendo que el garante, si es alguien que no sea yo mismo, no está autorizado para recibir mi información médica a menos que esté expresamente autorizado por mí por escrito.

Las citas se pueden suspender si no se reciben los pagos y se enviarán a las colecciones. Se cobrará un cargo de \$ 25 por cualquier cheque devuelto por el banco.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE INDEPENDIENTEMENTE DE MI COBERTURA DE SEGURO (SI CORRESPONDE), SOY RESPONSABLE DEL BALANCE EN ESTA CUENTA PARA CUALQUIER SERVICIO, SUPLEMENTOS, MEDICAMENTOS Y LABORATORIO.

Firma: \_\_\_\_\_ FECHA de HOY: \_\_\_\_\_

Information de GARANTE (solo si es diferente del paciente)

Nombre completo \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
FIRMA \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

---

### **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

---

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

#### **Sus derechos**

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

#### **Sus opciones**

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

#### **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales

#### **Sus derechos**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Recibir una copia de su historial médico y de reclamos**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### **Solicitarnos que corriamos el historial médico y de reclamos**

- Puede solicitarnos que corriamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

**Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

**Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

**Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

***Confirmación de Recibo de Noticias de Privacidad***

\_\_\_\_\_ Confirmo que he recibido y he leído la Noticia de Privacidad

Firma: \_\_\_\_\_ FECHA de HOY: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_