

## FORMA DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Primer Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa ( )	Teléfono de Trabajo ( )	Teléfono de Celular ( )	
Preferencia de Contacto <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono de Celular	¿Podemos dejar un mensaje sobre el cuidado medico y resultados de laboratorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección de Correo Electrónico	Número de Seguro Social	Género Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Mas de uno	Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispano/Ascendencia Latina <input type="checkbox"/> No-Hispano/Ascendencia Latina	
Médico de Atención Primaria	Médico de Referencia		
La razón de su visita de hoy			
Otros médicos involucrados en su cuidado			
Nombre de la Farmacia	Dirección de la Farmacia	Teléfono de la farmacia ( )	
Ocupación	Empleador		
Contacto de Emergencia	Teléfono de Contacto de Emergencia ( )	Relación con el Paciente	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA		
<input type="checkbox"/> <b>No divulgar mi información a nadie</b>		
Nombre	Teléfono ( )	Relación
Nombre	Teléfono ( )	Relación

INFORMACIÓN DE SEGUROS		
<b>Compañía de Seguros Primaria</b>		Dirección de la Compañía de Seguros
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Empleador del Titular de la Póliza
Número de Identificación	Grupo/Número de Póliza	
<b>Compañía de Seguros Secundaria</b>		Dirección de la Compañía de Seguros
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Empleador del Titular de la Póliza
Número de Identificación	Grupo/Número de Póliza	

## ANTECEDENTES MÉDICOS (Marque todo lo que corresponda; incluir las fechas pertinentes)

### Riñones /Vejiga /Próstata

- Infecciones de Tracto Urinario (>2-3/año)
- Episodios de Pielonefritis (Infección Renal)
- Cálculos Renales
- Próstata Agrandada
- Antecedentes de Insuficiencia Renal Aguda, Fecha: \_\_\_\_\_
- Sangre en la Orina, Fecha: \_\_\_\_\_
- Proteína en la Orina, Fecha: \_\_\_\_\_
- Incontinencia
- Overactive Bladder
- Quistes Renales / Riñones Poliquisticos

### Cabeza, Oídos, Nariz, Garganta

- Pérdida de Audición
- Pérdida de Visión
- Glaucoma
- Cataratas
- Degeneración Macular
- Ojos Excesivamente Secos
- Sangrado de Nariz
- Congestión Nasal/Alergias
- Dolores de Cabeza
- Traumatismo Craneal

### Cardiovascular

- Hipertensión, Año de Diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Enfermedad de la Arteria Coronaria
- Infarto de Miocardio (Ataque al Corazón), Fecha: \_\_\_\_\_
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Fibrilación Auricular
- Arritmias Ventriculares
- Marcapasos/Colocación de Desfibrilador
- Enfermedad Vasculat Periférica (mala circulación en las piernas)
- Enfermedad Valvular:
  - Aórtica  Mitral  Tricúspide  Pulmonar
- Edema (Hinchazón)
- Aneurisma

### Pulmones

- Emfisema/Bronquitis/EPOC  Asma
- Tuberculosis  Hipertensión Pulmonar

### Desórdenes Endocrinos y Glandulares

- Diabetes Mellitus, Tipo: I  II   
Año de Diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Tiroides Poco Activa  Tiroides Hiperactiva
- Colesterol Alto  Obesidad

### Gastrointestinal

- Úlcera Estomacal
- Reflujo Ácido/Acidez
- Diverticulosis/Diverticulitis
- Sangrado Gastrointestinal
- Enfermedad de Hígado/Cirrosis
- Hepatitis A  B  C  /Ictericia
- Pancreatitis
- Pólipos de Colon
- Hemorroides

### Sangre y Oncología

- Cáncer/Tumor, Ubicación: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Quimioterapia? Si  No , Radiación? Si  No
- Coágulos de Sangre
- Anemia
- Transfusión de Sangre
- Trastorno Hemorrágico
- Trombocitopenia
- Leucemia /Linfoma

### Desórdenes Musculoesqueléticos

- Artritis:  Osteoartritis  Reumatoide
- Lupus
- Gota
- Dolor Lumbar
- Osteoporosis
- Uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE)

### Problemas de la Piel

- Psoriasis
- Piel Reseca
- Úlceras en la Piel

### Neurológico / Psiquiátrico

- Convulsiones
- Ataques Cerebrales
- AIT (Mini Derrames Cerebrales)
- Migrañas
- Temblor
- Neuropatía
- Vértigo
- Depresión
- Ansiedad o Ataques de Pánico
- Trastorno Bipolar
- Consumo de Alcohol en Exceso/Alcoholismo
- Uso de Drogas Ilegales



## HISTORIA FAMILIAR

Familiar	Vivo	Edad o Edad de Fallecimiento	Lista de enfermedades y / o causas de fallecimiento
Madre	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Padre	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

## HISTORIA SOCIAL

Ocupación Actual: \_\_\_\_\_

El Empleador: \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Ocupación previa: \_\_\_\_\_

¿Está incapacitado? Si  No  Si es así, fecha y por qué: \_\_\_\_\_

Nivel de Educación Completado: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado (a)  Soltero(a)  Divorciado (a)  Viudo (a)

¿Con quien vive? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? Si  No  Si es así, ¿qué bebe? Cerveza  Vino  Licor ,  
En promedio, ¿cuántas bebidas toma por semana? \_\_\_\_\_

¿Ha dejado de beber? Si  No  Si es así, ¿cuándo renunció? \_\_\_\_\_ En promedio, ¿cuántas bebidas tomaba por semana? \_\_\_\_\_

¿Fuma? Si  No  Si es así, ¿cuántas cajetillas / día? \_\_\_\_\_

¿Ha dejado de fumar? Si  No  Si es así, ¿cuántas cajetillas / día? \_\_\_\_\_ Edad que comenzó \_\_\_\_\_ Edad que lo dejó \_\_\_\_\_

¿Fuma o fumo alguna vez cigarros, pipas o masco tabaco? Si  No

¿Usó o alguna vez usó drogas ilegales? (Cocaína, Marihuana, LSD, Ácido, Drogas IV, etc.)? Si  No

¿Bebe café o refrescos con cafeína con frecuencia? (< 2 al día)? Si  No  Si es así, ¿cuántos cada día? \_\_\_\_\_

## MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Colonoscopia, Fecha: \_\_\_\_\_  Mamografía, Fecha: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la gripe, Fecha: \_\_\_\_\_  Vacuna contra la neumonía, Fecha: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SÍNTOMAS (marque todo lo que corresponda, aclarar a continuación si es necesario)**

**General**

- Fiebre
- Resfriado
- Fatiga
- Aumento de Peso/Pérdida (> 10 lbs.)
- Hospitalización Reciente
- Enfermedad Reciente
- Poco Apetito

**Piel**

- Salpullido
- Comezon Excesiva
- Úlceras en la Piel
- Cambios de Color en la Piel
- Sudoración Excesiva

**Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta**

- Dolores de Cabeza
- Visión Borrosa
- Cambio Repentino en la Visión
- Ojos Excesivamente Secos
- Sangrado de Nariz Frecuente
- Congestión Nasal Recurrente
- Úlceras en la Boca/Labios
- Boca Seca

**Cuello**

- Masa en el Cuello
- Cuello Inflamado
- Glándulas Inflamadas

**Pulmones**

- Dificultad para Respirar
- Jadeos
- Tos Crónica
- Mucosidad con Sangre

**Corazón**

- Dolor de Pecho
- Inflamación de Pies
- Latido de Corazón Irregular
- Calambres en las Piernas con Caminar
- Soplos Cardíacos
- Desmayos o Pérdida de Conciencia
- Alta Presion Sanguinea
- Presión Sanguínea Excesivamente Baja
- Stent de Corazón
- Marcapasos
- Despierta en la Noche Sin Aliento
- Falta de Aliento Tendido en Cama

**Estómago/Intestino**

- Dolor Abdominal
- Sangre en Heces
- Heces Alquitranadas Negras
- Náuseas y/o Vómitos
- Diarrea
- Acidez Estomacal Frecuente
- Ictericia
- Pólipos

**Riñones/Vejiga**

- Sangre en la Orina
- Urgencia o Vejiga Hiperactiva
- Ardor o Dolor al Orinar
- Orinar con Frecuencia (más de usual)
- Dolor en el Costado
- Dificultad para Comenzar o Vaciado Incompleto
- Incontinencia
- Evacuación Urinaria Frecuente de Noche
- Orina Espumosa

**Hombres**

- Problemas de Erección
- Sistema Urinario Flojo o Débil

**Mujeres**

- Bulto o Masa en el Seno
- Secreción de Pezón
- Sangrado Menstrual Excesivo

**Músculos/Articulaciones/Huesos**

- Ataques Frecuentes de Gota
- Dolor en las Articulaciones
- Rigidez Articular
- Inflamación de Articulaciones
- Dolor Muscular
- Debilidad Muscular

**Nervios/Cerebro**

- Entumecimiento o Hormigueo
- Mareos o Vértigo
- Convulsiones
- Sacudidas o Temblores
- Pérdida de Memoria
- Problemas de Equilibrio/Caídas

**Psiquiátrico**

- Depresión
- Ansiedad
- Insomnio/Problemas para dormir

**Endocrino/Glándulas**

- Problemas de Tiroide
- Intolerancia al Frío
- Intolerancia al Calor
- Sed excesiva

**Sangre/Ganglios linfáticos**

- Anemia/Bajo Conteo de Sangre
- Moretones con facilidad
- Sangra con Facilidad
- Nodos Linfáticos Agrandados

**Explicación:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## FORMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA	INICIALES
Autorizo a San Antonio Kidney para la liberación o divulgación de toda información médica protegida acerca de mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.	

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO	INICIALES
Autorizo a los proveedores de cuidado de la salud en San Antonio Kidney que pueden realizar un examen físico y otorgar me (o el paciente que representó) cualquier tratamiento médico que se considere necesario	

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO	INICIALES
Entiendo que soy el responsable en última instancia del pago de mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad de proveer información de mi aseguradora, e incluir cualquier cambio a San Antonio Kidney. Entiendo que soy responsable por cualquier remisión o autorización que mi aseguradora pueda requerir y por cualquier cargo no cubierto por mi aseguradora, al incluir los co-pagos, deducibles y coseguro. Autorizo el pago de beneficios que sean pagados directamente a San Antonio Kidney. Entiendo que soy responsable financiero de cualquier balance y cargo no cubierto por esta asignación.	

AVISO DE PRIVACIDAD	INICIALES
Reconozco que San Antonio Kidney me ha facilitado una copia del Aviso de Privacidad en la cual explica como mi información de salud protegida (PHI) puede ser usada o liberada.	

\_\_\_\_\_  
Escribir Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Primer Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Direccion		Ciudad		Estado
				Codigo Postal

Por la presente autorizo y solicito que el siguiente Médico /Centro de salud libere los siguientes artículos marcados a San Antonio Kidney:

- Mi registro medico completo
- Registro médico solo del periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Registro medico en relación con la siguiente condición(es) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

LIBERACIÓN DE REGISTROS DE PARTE DE:			
Médico/Establecimiento			
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono ( )		Numero de Fax ( )	

LIBERACIÓN DE REGISTROS PARA: San Antonio Kidney
--

<input type="checkbox"/> 102 Palo Alto Rd, Ste 200	San Antonio	TX	78211	P (210) 403-0765	F (210) 547-9270
<input type="checkbox"/> 1410 E. Walnut St	Seguin	TX	78155	P (830) 549-5022	F (830) 433-4460
<input type="checkbox"/> 222 Sidney Baker South, Ste 208	Kerrville	TX	78028	P (830) 896-7607	F (830) 896-8482
<input type="checkbox"/> 2391 NE Loop 401, Ste	San Antonio	TX	78217	P (210) 654-7326	F (210) 590-8232
<input type="checkbox"/> 2660 E. Common St, Ste 201	New Braunfels	TX	78130	P (830) 620-4650	F (830) 620-4657
<input type="checkbox"/> 2902 Goliad Rd, Ste 103	San Antonio	TX	78223	P (210) 337-4911	F (210) 337-7749
<input type="checkbox"/> 400 Baltimore	San Antonio	TX	78215	P (210) 228-0743	F (210) 228-9749
<input type="checkbox"/> 495 10 <sup>th</sup> Street, Ste 102	Floresville	TX	78114	P (830) 216-2606	F (830) 216-4037
<input type="checkbox"/> 731 Carnoustie Dr, Ste 102	San Antonio	TX	78258	P (210) 495-8280	F (210) 481-3116
<input type="checkbox"/> 4330 Medical Dr, Suite 105	San Antonio	TX	78229	P (210) 692-7228	F (210) 692-9671
<input type="checkbox"/> 9846 Westover Hills, Ste 101	San Antonio	TX	78251	P (210) 549-3524	F (210) 549-3526

**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. **Revisela con cuidado.**

**Sus derechos**

**Usted cuenta con los siguientes derechos:**

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- 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.

➤ **Ver página 2** para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

**Sus opciones**

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

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ **Ver página 3** para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

**Nuestros usos y divulgaciones**

**Podemos utilizar y compartir su información cuando:**

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- 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.
- 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.

➤ **Ver páginas 3 y 4** para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.

## 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.

#### Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

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

#### Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar 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.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar 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.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

#### 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.

## Sus opciones

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

### En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
    - Prevención de enfermedades.
    - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
    - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
    - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
    - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- 

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
- 

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
- 

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- 

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- 

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
    - En reclamos de compensación de trabajadores.
    - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
    - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
    - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
- 

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
-

## Nuestras responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

## Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

*Fecha efectiva: 14 de febrero de 2014*

**Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

*San Antonio Kidney*

---

*Veronica Aguirre  
hipaa@sakdc.com  
(210) 661-5622*



Por favor envíe el consentimiento firmado a: Fax – (210) 481-7453, Correo Electrónico – [medicalrecords@sakdc.com](mailto:medicalrecords@sakdc.com), o  
Enviar a; San Antonio Kidney, 7142 San Pedro Ave., Ste. 120, San Antonio, TX 78216

## San Antonio Kidney Consentimiento de Telemedicina

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

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

**I. Introducción.** Telemedicina implica una evaluación en tiempo real, diagnóstico, consulta, y el tratamiento de una condición de salud utilizando la tecnología avanzada de telecomunicaciones, que puede incluir el uso de audio interactivo, vídeo, u otros medios electrónicos. Como tal, la telemedicina le permite al proveedor ver y comunicarse con el paciente en tiempo real.

**II. Consentimiento para Tratamiento.** Solicito voluntariamente que el(os) proveedor(es) de San Antonio Kidney ya sean Médicos, Enfermeros, y otros proveedores de atención médica que consideren necesario participar en mi atención médica a través del uso de la telemedicina.

Entiendo que los proveedores de San Antonio Kidney (i) pueden ejercer en un lugar diferente al que me encuentro para recibir atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona, y (iii) confiar en la información que yo les proporcione. Reconozco que los consejos, recomendaciones y / o decisiones de los proveedores de San Antonio Kidney pueden basarse en factores que no están bajo su control, como datos incompletos o inexactos que yo les proporcione o distorsión en imágenes de diagnóstico o muestras que pueden resultar de transmisiones electrónicas. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición que sea completa y exacta en lo mejor de mi capacidad. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me otorgan garantías de resultado o cura.

Si los proveedores de San Antonio Kidney determinan que los servicios de telemedicina no satisfacen adecuadamente mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica en persona. En el caso de que la sesión de telemedicina se interrumpa debido a un problema tecnológico o falla del equipo, se pueden implementar medios de comunicación alternativos o puede ser necesaria una evaluación médica en persona. Si tengo un problema urgente, como una reacción negativa a cualquier tratamiento después de una sesión de telemedicina, debo alertar a mi médico tratante y, en caso de emergencias, marcar el 911 o ir al departamento de emergencias del hospital más cercano.

**III. Divulgación de Información.** Para facilitar la atención y / o tratamiento a través de la telemedicina, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de toda y parte de mi historia clínica (incluida la información oral) a los proveedores de San Antonio Kidney. Entiendo y acepto que la información que autorizo a divulgarse puede incluir: 1) resultados de pruebas de SIDA / VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada; 2) resultados de análisis de drogas e información sobre el uso y tratamiento de drogas y alcohol; 3) información de salud mental; y 4) información genética.

Entiendo que la divulgación de mi información médica a los proveedores de San Antonio Kidney, incluyendo el audio y / o video, será por transmisión electrónica. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información evitando la revisión no autorizada, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es una tecnología nueva y en desarrollo y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas en las salvaguardas de seguridad o manipulación ilegal e indebida.

Certifico que se me ha explicado completamente este formulario, que lo he leído o lo que me han leído, y que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Parte Responsable (Relación con el Paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor envíe el consentimiento firmado a: Fax – (210) 481-7453, Correo Electrónico – [medicalrecords@sakdc.com](mailto:medicalrecords@sakdc.com), o  
Enviar a; San Antonio Kidney, 7142 San Pedro Ave., Ste. 120, San Antonio, TX 78216