

**Texas Tech University Health Sciences Center
Clínicas Ambulatorias**

Identificación del paciente (Nombre, Fecha de Nacimiento, Número de expediente médico)

Consentimiento para Tratamiento/Acuerdo para el cuidado de la Salud

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por parte de los médicos de Texas Tech University Health Sciences Center, empleados y aquellos asociados, asistentes, y otros proveedores de atención de la salud (de otro modo referido como TTUHSC), según mi médico considere necesario. Yo entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Yo entiendo que fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes pueden ser hechas/grabadas para fines de tratamiento y propósitos de pago solamente. Yo entiendo que TTUHSC es una institución de enseñanza. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado o cura de mi tratamiento.

Reconozco que TTUHSC puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para electrónicamente transmitir, recibir y/o acceder a mi información médica que puede incluir, pero no se limita a, los tratamientos, las recetas, los resultados de laboratorios, historial médico y de medicamentos recetados, y otra información de cuidados de salud.

Yo entiendo que este Consentimiento Para Tratamiento/Acuerdo para el Cuidado de la Salud, será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste o reciba atención médica en las Clínicas Ambulatorias de TTUHSC, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso escrito proporcionado a cada clínica donde se me prestó o recibí atención médica.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS: En consideración por haber recibido servicios médicos o cuidado de la salud, por este medio yo traspaso a los médicos y proveedores de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos de Práctica Médica, mi derecho, título, e interés en todo seguro, Medicare/Medicaid, u otros pagadores terciarios de beneficios de servicios médicos o de otros cuidados de la salud que de otra forma me pagarían a mí. Yo también autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguro médico o pagadores terciarios envíen los pagos directamente, hasta la cantidad total del costo de servicios médicos o cuidado de la salud, a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos. Yo certifico que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta.

Yo acepto pagar todos los gastos por los servicios médicos que no sean cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, u otros pagadores terciarios, y acepto pagar de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC.

DISPOSICION ANTICIPADA:

¿Yo he firmado una Disposición Anticipada? _____ SI _____ NO
¿Si su respuesta es Si, ¿está vigente? _____ SI _____ NO
¿Ha proporcionado una copia firmada a TTUHSC? _____ SI _____ NO

Yo certifico que he leído este documento o me ha sido leído.

Fecha
autorizada

Imprima su nombre

Firma de Paciente/otra persona legalmente

Hora

Testigo/Traductor*

Parentesco con el paciente



**Texas Tech University
Health Sciences Center**

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad y
Confirmación de diversos comunicados de atención médica**

Nombre del paciente: _____

N.º de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: _____

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (revisado en marzo de 2016) según lo estipulado en 45 CFR § 164.520.

Consentimiento para el uso de correos electrónicos o mensajes de texto para el envío de recordatorios de citas médicas y otras comunicaciones de atención médica:

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos de TTUHSC para recordarme una cita, para realizar encuestas sobre mi experiencia con el equipo de atención médica o para proporcionarme recordatorios de salud generales o información general sobre nuevos servicios.

Indico a continuación el número de teléfono celular y/o la dirección de correo electrónico que autorizo a TTUHSC a utilizar:

Correo electrónico: _____

Número de teléfono celular: _____

TTUHSC ofrece este servicio de forma gratuita, pero podrían aplicarse tarifas estándar para mensajes de texto según lo estipulado en su plan de telefonía móvil.

Al firmar a continuación, confirmo que tengo conocimiento de que las opciones seleccionadas anteriormente seguirán vigentes hasta que yo mismo indique lo contrario mediante una notificación por escrito.

Fecha

Nombre en letra de imprenta
(Persona que firma el formulario de
consentimiento)

Firma
(Paciente u otra persona legalmente
autorizada)

Relación con el paciente

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEALO CON ATENCIÓN.

ACERCA DE ESTE AVISO:

Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) se esfuerza para mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI). El centro TTUHSC proporciona artículos y servicios de atención médica a través de sus Facultades de Medicina, Enfermería, Farmacia y Ciencias Afines de la Salud. El centro TTUHSC presta servicios en sus principales hospitales de la comunidad, en clínicas de atención ambulatoria, centros de cirugía ambulatoria, farmacias, unidades de investigación y varios centros de servicios comunitarios en toda la zona del oeste de Texas. Conforme a las disposiciones establecidas por la ley, el centro TTUHSC debe mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI) de los pacientes y proporcionarles un aviso con la descripción de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad que debe cumplir. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo el centro TTUHSC puede usar o divulgar su información de salud protegida (PHI). La información de salud protegida (PHI) incluye cualquier dato que se relacione con (1) su condición o salud mental o física pasada, presente o futura, (2) con la prestación de servicios de atención médica que usted reciba y (3) con los pagos pasados, presentes o futuros de su atención médica. El centro TTUHSC en Lubbock, el University Medical Center (UMC, Centro Médico Universitario) y los Physicians Network Services (PNS, servicios de la red de médicos) del UCM participan en un ámbito de atención médica clínicamente integrado que es considerado un acuerdo de atención médica organizado de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Este acuerdo incluye la participación de tres entidades legalmente separadas en la prestación de servicios de atención médica, en la cual ninguna de las entidades será responsable de la opinión médica o de la atención del paciente que proporcionen las otras entidades que integran el acuerdo. Cada una de las entidades que forman parte de este acuerdo (TTUHSC, UMC y PNS) tendrán acceso a su información de salud protegida (PHI) y podrán utilizarla para llevar a cabo operaciones de atención médica, tratamientos o pagos. Los términos de este aviso se aplicarán a las prácticas de privacidad del centro TTUHSC hasta que dicho centro lo modifique.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. Para brindarle ayuda, en esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

- **Obtención de una copia física o electrónica de su historia clínica.** Puede solicitar ver u obtener una copia física o electrónica de su historia clínica, y de otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos un resumen o una copia de su información de salud dentro de un plazo de 14 días de su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.
- **Solicitud de corrección de su historia clínica.** Puede pedirnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos negarnos a hacer la corrección, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.
- **Solicitud de comunicación confidencial.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo: al teléfono de la oficina o de su casa) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.
- **Solicitud de restringir la información que usamos y compartimos.** Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información de salud para la realización de tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si consideramos que afectaría su atención. Si paga la totalidad de un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información para la gestión del pago o de nuestras operaciones con su empresa aseguradora de salud. Aceptaremos su pedido a menos que estemos obligados por ley a compartir dicha información.
- **Obtención de una lista de todos los actores con los que compartimos su información.** Puede pedirnos una lista que justifique y detalle las veces que compartimos su información de salud correspondiente a los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, además, la lista debe indicar con quién compartimos su información de salud y por qué. Incluiremos todas las veces en que divulgamos su información, excepto cuando la divulgación esté relacionada con operaciones de atención médica, tratamientos y pagos, y otros casos de divulgación específicos (por ejemplo: cuando usted nos haya pedido divulgar la información). Proporcionaremos la justificación una vez al año sin costo, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si pide otra justificación dentro de un plazo de 12 meses.
- **Obtención de una copia de este aviso de privacidad.** Puede solicitar una copia física de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibirlo por un medio electrónico. Le proporcionaremos una copia física de inmediato.
- **Elección de una persona para que actúe en su nombre.** Si le ha otorgado un poder notarial médico a una persona o tiene un representante legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Antes de realizar cualquier acción, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y de que pueda actuar en su nombre.
- **Presentación de una denuncia en caso de sentir que se violan sus derechos.** Usted puede presentar una queja utilizando cualquiera de las siguientes formas:
 - Comuníquese con el responsable de privacidad del centro TTUHSC a la dirección que se indica debajo.
 - Use nuestro sitio web confidencial: www.Ethicspoint.com.
 - Comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

No tomaremos represalias ni realizaremos ninguna acción en su contra por presentar una denuncia.

SUS OPCIONES:

Para determinada información de salud, puede indicarnos qué elige compartir. Si tiene una preferencia clara para la forma en que debemos compartir su información en las situaciones descritas debajo, le rogamos nos informe al respecto. Indíquenos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

- **En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:**
 - Compartamos la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
 - Compartamos la información en una situación de ayuda en casos de catástrofes.
 - Incluyamos su información en un directorio del hospital.
 - Si no puede indicarnos cuál es su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario a fin de reducir una amenaza inminente y grave para su salud o su seguridad.
- **En estos casos, nunca compartimos su información salvo que nos dé su permiso por escrito:**
 - Campañas de marketing
 - Venta de su información
 - La mayoría del intercambio de notas de psicoterapia

USOS Y DIVULGACIÓN DEL CENTRO TTUHSC:

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Los siguientes usos NO requieren su autorización, excepto donde la ley de Texas lo exija.

- **Tratamiento.** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que se ocupan de su tratamiento. Por ejemplo: un médico que lo atiende por una lesión le consulta a otro médico sobre su estado de salud general.
- **Administración de nuestra organización.** Podemos usar y compartir su información de salud para administrar las operaciones de nuestra práctica profesional, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y los servicios que obtiene.
- **Facturación de sus servicios.** Podemos usar y compartir su información de salud para realizar la facturación y obtener los pagos provenientes de los planes de salud o de otras entidades. Por ejemplo: le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague los servicios que usted obtiene.
- **Recaudación de fondos.** Podemos usar su información de salud protegida (PHI) para comunicarnos con usted durante actividades de recaudación de fondos. En todo el material de recaudación de fondos que reciba, debemos incluir una descripción que indique cómo puede optar por no participar en las futuras comunicaciones de recaudación de fondos.
- **¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?** Nos permiten o exigen compartir su información de otras formas, usualmente éstas contribuyen al bien común, como, por ejemplo, la salud pública o la investigación. Antes de que podamos compartir su información para estos fines, debemos cumplir con numerosas condiciones que establece la ley. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

- **Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública.**
 - Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como las siguientes:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda con la retirada de productos
 - Notificaciones de reacciones adversas a los medicamentos
 - Denuncias de sospecha de violencia doméstica, abuso o abandono
 - Prevención o reducción de una amenaza grave contra la salud o la seguridad de una persona
- **Realización de investigaciones.** Podemos usar o compartir su información para investigaciones relacionadas a la salud.
- **Cumplimiento de la ley.** Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales lo exigen, esto incluye compartirla con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea constatar que cumplimos con la ley de privacidad federal.
- **Respuesta a solicitudes de donación de tejidos y órganos.** Podemos compartir información de salud sobre usted con las organizaciones de obtención de órganos.
- **Trabajo con un director de funerales o un médico forense.** Podemos compartir información con un perito forense (coroner), un médico forense o un director de funerales cuando una persona muere.
- **Gestión de indemnizaciones laborales, cumplimiento de las leyes y otras solicitudes gubernamentales.**
 - Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para los reclamos de indemnizaciones laborales
 - Para fines relacionados con el cumplimiento de las leyes o con un funcionario responsable del cumplimiento de las leyes
 - Con agencias de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección presidencial, seguridad nacional y militares
- **Respuesta a acciones legales y juicios.** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden administrativa o judicial, o en respuesta a una citación.

RESPONSABILIDADES DEL CENTRO TTUHSC:

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud
- Le informaremos de inmediato si se produjese un incumplimiento que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia a usted.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma diferente a lo descrito en el presente a menos que usted nos lo indique por escrito. Si usted nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Le rogamos que nos informe por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIO EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

El centro TTUHSC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido en nuestra oficina o nuestro sitio web.

PREGUNTAS:

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si quiere obtener información adicional, comuníquese con el responsable de privacidad en la dirección y el número de teléfono detallados debajo, o visite nuestro sitio web: www.ttuhscc.edu/hipaa.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DE PRIVACIDAD

RESPONSABLE REGIONAL DE PRIVACIDAD EN AMARILLO 1400 COULTER ROAD AMARILLO, TX 79106 (806) 414-9607	RESPONSABLE REGIONAL DE PRIVACIDAD EN LUBBOCK 3601 4TH STREET, STOP 8165 LUBBOCK, TX 79430 (806) 743-9541	RESPONSABLE REGIONAL DE PRIVACIDAD EN PERMIAN BASIN 800 WEST 4TH STREET ODESSA, TX 79763 (806) 743-9539
---	---	--

www.Ethicspoint.com

El centro TTUHSC ofrece al público accesibilidad a los programas. Las personas que necesiten materiales en Braille, letras grandes o formato de cinta de audio, o que necesiten un intérprete o un dispositivo de telecomunicaciones para sordos deben comunicarse con el gerente de la clínica.