

## Avance Care – Información demográfica

Fecha					
INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre legal del paciente (apellido) (nombre) (inicial)				Fecha de nacimiento:	
Dirección (Número) (calle) (N.º de apt.)					
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono móvil	Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado
Dirección de correo electrónico:		Ocupación	Nombre y dirección del empleador:		
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé. <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar. <input type="checkbox"/> Otra, describa: _____			Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a masculino (FTM) / Hombre transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Masculino a femenino (MTF) / Mujer transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar. <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especifique: _____		¿Cómo supo de nosotros? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigos/familia <input type="checkbox"/> Directorio del seguro médico <input type="checkbox"/> Manejando <input type="checkbox"/> Clasificados <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Otro
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____					
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro _____					
INFORMACION DEL TUTOR (Solo si el paciente es menor de 18 años de edad) – persona responsable de la factura – nombre legal, excluya apodos)					
Nombre legal (Apellido) (nombre) (inicial)					
Fecha de nacimiento	Teléfono primario	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		
Dirección (si es diferente a la que proporcionó)		Ciudad	Estado	Código postal	
INFORMACION DE SEGURO MÉDICO (Permita que la recepcionista fotocopie sus tarjetas de identificación del seguro)					
Seguro Médico Primario y Nombre de Compañía (si no tiene seguro especifique- "Self-Pay")		Numero de póliza :	No. de grupo.	Fecha de Efectividad:	
Nombre de solicitante		Relación: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		No. de seguro social. <b>NOT COLLECTED</b>	Fecha de nacimiento
Nombre de empleador del solicitante		Dirección de empleador			
INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO					
Seguro Secundario y Nombre de compañía		Numero de póliza	No. de grupo.	Fecha de Efectividad:	
Nombre de solicitante		Relación: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		No. de seguro social. <b>NOT COLLECTED</b>	Fecha de nacimiento

## Avance Care – Información demográfica

EN CASO DE EMERGENCIAS				
Persona a notificar en caso de Emergencia			Relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro _____	
Teléfono primario	Teléfono de trabajo		Teléfono Móvil:	
Dirección (si es diferente a la proporcionada)			Ciudad	Estado
			Código Postal	
FARMACIA QUE PREFIERE USAR				
Nombre:	Dirección:		Teléfono:	
CERTIFICACION Y AUTORIZACION				
<p style="text-align: center; margin: 0;">Certifico que toda la información proporcionada anterior es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información concerniente a mi o el cuidado de la salud infantil de mi hijo(a), asesoría y tratamiento, siempre con el propósito de evaluación y administración de las solicitudes de prestaciones de seguro. También por este medio autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo pagado a mi directamente por Avance Care, P.A.</p>				
Firma de paciente o del Padre/madre del menor o tutor legal:				
Nombre			Fecha:	

## DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO

El siguiente es un acuerdo celebrado entre usted, el paciente o la parte responsable y Avance Care, P.A. (“Avance Care”). Lea cuidadosamente cada uno de los términos y autorizaciones contenidos en este acuerdo. Si tiene preguntas sobre este acuerdo, pida aclaración a su proveedor o al personal de Avance Care.

- 1. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO:** Por el presente doy mi consentimiento y autorizo a Avance Care, sus médicos, profesionales independientes autorizados para ejercer, empleados, contratistas y otros agentes involucrados en mi atención, a administrar las evaluaciones, pruebas y tratamientos para mí o mis dependientes que los proveedores de atención médica que me atienden a mí o a mis dependientes en Avance Care (“Proveedores de Avance Care”) consideren razonables desde el punto de vista médico. Entiendo que los servicios pueden incluir análisis de laboratorio, pruebas de detección, pruebas de diagnóstico y exámenes de rutina. Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que conservo el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular recomendado o considerado necesario desde el punto de vista médico por los Proveedores de Avance Care. También comprendo y reconozco que no se me han ofrecido garantías, promesas u otras certezas con respecto al efecto, resultado o desenlace de mi prueba, examen, tratamiento u otros servicios que yo o mis dependientes podamos recibir en Avance Care.
- 2. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIONES PERMITIDAS:** Certifico que he recibido, leído y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad de Avance Care. Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad está disponible para mi revisión en el consultorio o en cualquier momento a través del sitio web de Avance Care.
- 3. AUTORIZACIÓN PARA ENVÍOS POR CORREO, MENSAJES DE TEXTO, CORREOS ELECTRÓNICOS O LLAMADAS:** Por el presente, autorizo a los representantes de Avance Care, a mi proveedor o a los representantes de FastMed a realizar envíos por correo, enviar mensajes de texto o correos electrónicos y a realizar llamadas por comunicaciones referidas a mi atención médica, que incluyen, entre otros, recordatorios de citas, coordinación de derivaciones, resultados de análisis de laboratorio, educación general o anuncios sobre atención médica o información financiera sobre mis servicios, incluidas las reclamaciones de seguros. Como se explica más detalladamente en el Aviso de prácticas de privacidad de Avance Care, FastMed es socio de Avance Care en una instancia compartida de Epic (el uso de la historia clínica electrónica es compartido por ambas organizaciones).
- 4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por el presente autorizo a dirigir el pago de mis beneficios del seguro a Avance Care, P.A., o a los proveedores en forma individual, por los servicios prestados a mis dependientes o a mí por el médico o médico clínico bajo su supervisión. En el caso de que Avance Care no acepte la asignación de mis beneficios del seguro, soy consciente de que algunos de los servicios suministrados, y quizás todos, pueden ser considerados servicios no cubiertos en virtud de mi plan de seguro, y reconozco y acepto que seré plenamente responsable de cualquier cargo de ese tipo.
- 5. BENEFICIOS DEL SEGURO DE MEDICARE:** Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago conforme a estos programas es correcta. Autorizo la divulgación de los registros míos o de mis dependientes que puedan solicitar estos programas. Por el presente dispongo que el pago de mis beneficios autorizados o los de mis dependientes se realice directamente a Avance Care, P.A. o al proveedor en mi nombre.
- 6. COPAGOS, COSEGURO; DEDUCIBLES:** Entiendo que seré responsable por el pago de manera oportuna de cualquier copago, coseguro, deducible o saldo adeudado en mi cuenta y que Avance Care puede solicitar un depósito mínimo de \$150 antes de que el proveedor me vea a mí o a mis dependientes si no he alcanzado mi deducible o si tengo un plan de deducible alto.
- 7. PACIENTES QUE PAGAN POR SU CUENTA O FUERA DE LA RED:** Entiendo que se espera que pague en su totalidad los montos adeudados por servicios recibidos en Avance Care al momento del servicio si (i) no tengo seguro; (ii) Avance Care o mi proveedor individual no participan en mi plan de seguro médico; (iii) no puedo presentar una tarjeta de identificación de miembro válida y precisa de mi plan de seguro médico al momento de mi visita; o (iv) Avance Care no puede verificar mi cobertura de seguro médico. De acuerdo con las directrices federales de transparencia en los precios, los pacientes que

pagan por su cuenta pueden recibir una estimación de los cargos por servicios antes de su visita. Las estimaciones se pueden solicitar a través de MyChart, al momento de programar una cita o en persona, al momento de registrarse en el ingreso. Tenga en cuenta que la estimación inicial está sujeta a cambios si se solicitan servicios adicionales y son acordados por el paciente durante la visita. La estimación proporcionada es solamente a fines informativos, y los cargos reales pueden variar en función de los servicios prestados. El pago del monto estimado se debe efectuar en el momento del servicio.

8. **INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES DE FACTURACIÓN:** Acepto traer y proporcionar a Avance Care una copia vigente de mi tarjeta de seguro médico en cada una de mis visitas. Entiendo que soy responsable de garantizar la veracidad de la información de facturación que proporciono a Avance Care, y que Avance Care no será responsable de garantizar la precisión de mi información de seguro. Si opto por no utilizar mi seguro y no deseo que se presenten reclamaciones a mi proveedor de seguro, entiendo que debo informar esta decisión al personal del mostrador de recepción antes del horario de mi cita y pagar en su totalidad mi factura al momento del servicio. Si no informo a Avance Care sobre mi preferencia de no utilizar mi seguro médico antes del horario de mi cita, comprendo y acepto que mi reclamación se facturará automáticamente a la compañía de seguros que Avance Care tiene registrada para mí.
9. **LESIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO:** Entiendo que Avance Care no participa en el seguro por accidente de trabajo, y que si el motivo de mi visita es un accidente o lesión sufridos en el trabajo, seré responsable de pagar todos los cargos al momento del servicio. Entiendo que puedo solicitar, y Avance Care me proporcionará, cuando yo lo solicite, un recibo aparte detallado que puedo presentar a mi compañía de seguro para su reintegro.
10. **PAGOS; CARGOS POR MORA; COBRANZAS:** Avance Care acepta pagos en efectivo y con tarjeta de crédito. Entiendo que las tarifas que no se paguen en la fecha de mi visita estarán sujetas a un cargo por mora de \$20.00. Si tengo un saldo en mi cuenta, entiendo que Avance Care me enviará un estado de cuenta que detalle cualquier saldo previo, nuevos cargos a mi cuenta y los pagos o los créditos aplicados a mi cuenta durante el mes precedente. Acepto pagar cualquier cargo que se detalle en un estado de cuenta ya sea en línea o por correo electrónico en el lapso de 30 días a partir de la fecha de dicho estado de cuenta. Si tengo una tarjeta de crédito registrada ante Avance Care, por intermedio del presente autorizo a Avance Care a cargar cualquier saldo impago en mi cuenta a la tarjeta de crédito registrada, en el momento que se cumplan los 30 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta. Es mi responsabilidad informar a Avance Care si no deseo pagar el saldo con mi tarjeta de crédito registrada. Entiendo que si no pago el saldo de mi cuenta en el transcurso de 30 días desde la fecha del estado de cuenta correspondiente, ello puede generar cargos por intereses hasta el monto máximo permitido por ley y un cargo adicional por mora de \$20.00. Después de 90 días, Avance Care derivará a una agencia de cobro cualquier saldo vencido que no haya sido pagado. Entiendo que si mi cuenta pasa a estar en mora o se deriva a una agencia de cobro, yo, el abajo firmante, seré el responsable exclusivo y estaré obligado a pagar todos los aranceles de la agencia de cobro, costas judiciales y honorarios de abogados relacionados con la cobranza de mi saldo en mora, por parte de Avance Care. A su vez, entiendo que la imposibilidad de realizar los pagos de manera oportuna puede exponerme a mí o a mis dependientes a ser expulsados como pacientes de Avance Care, P.A.
11. **PAGO POR TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD:** Tenga en cuenta que por cualquier tratamiento suministrado a dependientes menores de edad, Avance Care aplicará tarifas al progenitor que autorice el tratamiento para el dependiente menor de edad y dicho progenitor que autoriza será responsable del pago de los cargos conforme a los términos de este acuerdo. Es responsabilidad exclusiva del progenitor autorizante cobrar los montos que otra parte pueda estar obligada a abonar en relación con el tratamiento de un dependiente menor de edad conforme a una sentencia de divorcio u otro acuerdo legal.
12. **SERVICIOS DE LABORATORIO/RADIOGRAFÍAS/DIAGNÓSTICO:** Entiendo que Avance Care puede utilizar un laboratorio o centro externos para prestar determinados servicios en relación con mi tratamiento (cada uno de ellos, “Centro externo”) y que dicho Centro externo no está asociado con Avance Care. Entiendo que no estoy obligado a usar ningún Centro externo en particular y tengo el derecho de optar por otro Centro externo en la zona. Entiendo que es mi responsabilidad verificar que mi compañía de seguros corrobore si el Centro externo en el cual recibiré pruebas o servicios de diagnóstico está cubierto por mi plan de seguro, y que puedo recibir una factura aparte si mi atención médica incluye análisis de laboratorio, radiografías u otros servicios de diagnóstico de un Centro externo. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier copago, coseguro, deducible o saldo adeudado por cualquier servicio proporcionado por un Centro externo si no es reembolsado por mi seguro cualquiera sea el motivo.

13. **TARIFAS ADICIONALES POR SERVICIO EN HORARIO EXTENDIDO:** Reconozco y entiendo que Avance Care puede aplicar tarifas adicionales por servicios prestados durante horarios extendidos, que pueden incluir horarios posteriores a las 5:00 p. m. los días de semana, fines de semana y días festivos reconocidos. Entiendo también que se pueden aplicar tarifas adicionales a consultas telefónicas u otras consultas a distancia que me brinden a mí o a mis dependientes durante el horario extendido. Estas tarifas pueden ser presentadas a mi proveedor de seguro, según corresponda, y acepto ser responsable de cualquier parte no cubierta y de pagar dichas tarifas de acuerdo con los términos de este acuerdo.
14. **CITAS PERDIDAS:** Entiendo que Avance Care puede cobrarme una “tarifa por inasistencia” por cualquier cita que pierda, salvo que cancele o re programe dicha visita como mínimo 24 horas antes del horario de mi cita programada. Avance Care no presentará ninguna tarifa por inasistencia a ninguna aseguradora, y acepto ser responsable del pago de cualquier tarifa por inasistencia para las citas que no logre cancelar o reprogramar con una anticipación mínima de 24 horas.
15. **IDENTIFICACIÓN Y FOTOGRAFÍA:** Entiendo que la identificación precisa de los pacientes y del personal fomenta la seguridad, integridad y privacidad del paciente. Por lo tanto, entiendo que me pueden pedir mi identificación, que incluye, aunque sin limitaciones, identificación con foto, en diversas instancias a lo largo del tratamiento en Avance Care. A su vez, acepto que Avance Care puede fotografiarme para fines de identificación y tratamiento. Cualquier fotografía de ese tipo se conservará de acuerdo con la política pertinente de Avance Care.
16. **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:** Entiendo que puedo revocar o interrumpir mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita dirigida a Avance Care, excepto que ya se hayan adoptado medidas en función de mi consentimiento.

**EL ABAJO FIRMANTE, CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y COMPRENDE CADA UNA DE LAS AUTORIZACIONES Y TÉRMINOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE INCLUIDOS EN ESTE ACUERDO.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(o tutor legal, para paciente menor de edad)

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre del tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
(si se autoriza tratamiento para paciente menor de edad)

## Derechos y responsabilidades del paciente

Para brindar y recibir atención de la más alta calidad en Avance Care, el paciente y el proveedor deben tener una relación de respeto mutuo. Acompáñenos en ese proceso, como miembros activos de su equipo de atención médica, revisando los derechos y las responsabilidades que se describen a continuación para los pacientes y representantes de los pacientes.

### Los pacientes tienen derecho a:

- Recibir atención y tratamiento ágiles, respetuosos y de calidad, administrados con comodidad y consideración.
- Acceder a servicios de salud sin discriminación por motivos de raza, religión, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad de origen o fuente de financiamiento.
- Privacidad y confidencialidad cuando busque o reciba atención, con el alcance permitido por la ley.
- La confidencialidad de sus historias clínicas, con el alcance permitido por la ley.
- Recibir información precisa con respecto al diagnóstico, tratamiento, riesgos involucrados y pronóstico de una enfermedad o afección relacionada con la salud, en términos que comprenda (incluido el uso de un intérprete, si lo necesita).
- Recibir información que usted pueda entender, incluido el acceso a un intérprete o a servicios de traducción sin cargo.
- Participar en decisiones referidas a su atención y tratamiento médicos, que incluye proporcionar el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento o tratamiento en circunstancias que no impliquen una emergencia.
- Rechazar cualquier fármaco, tratamiento o procedimiento ofrecido por su proveedor.
- Solicitar y recibir información sobre alternativas razonables para su atención.
- Obtener una segunda opinión profesional con respecto a su atención o tratamiento médico.
- Solicitar y recibir el nombre y la función que desempeña cualquier miembro del personal que participe en su cuidado.
- Ser informado y ejercer libremente la opción de rechazar la participación en cualquier aspecto de investigación de su atención sin comprometer el acceso a la atención o al tratamiento médico.
- Recibir información sobre su cobertura o el costo de la atención si no tiene seguro.
- Recibir y analizar una explicación detallada de su factura y ser informado de cualquier recurso financiero conocido para su atención médica.
- Ser informado acerca de los requisitos legales de notificación relacionados con cualquier aspecto de la evaluación o la atención médica.
- Conocer las normas y reglas de la clínica que se aplican a su conducta como paciente.
- Tener acceso a una persona física o jurídica que esté autorizada a actuar en su nombre para hacer valer o proteger sus derechos.

Si alguien lo ayuda a tomar decisiones de atención médica, esa persona puede ejercer esos derechos por usted.

### Los pacientes tienen las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar información completa y clara sobre todas las enfermedades o problemas, para que nos permita evaluar y tratar de forma correcta.
- Suministrar una historia clínica completa, a su leal saber y entender.
- Hacer preguntas, comunicar inquietudes y participar y colaborar activamente en sus planes de tratamiento. Hacernos saber si no comprende la información que le damos sobre su afección o tratamiento.
- Asumir responsabilidad por las consecuencias de negarse a recibir atención o no cumplir las instrucciones.
- Informar a su proveedor médico si su afección empeora o se produce una reacción inesperada.
- Tratar con respeto a todo al personal, a otros pacientes y al equipo médico.
- Ser consciente de su conducta y abstenerse de comportamientos que pongan en riesgo de manera irrazonable la salud y la seguridad de otras personas.
- Respetar el derecho a la privacidad de otros pacientes mientras se encuentre en nuestras clínicas.

- Asegurarse de no vulnerar el derecho a la privacidad de otros pacientes mediante la grabación o la captura electrónica de la imagen o la voz de otro paciente mientras se encuentre en nuestras clínicas.
- Cumplir las normas y reglas de nuestras clínicas.
- Presentar la información de su seguro al momento del servicio.
- Conocer la información de su cobertura y beneficios para los servicios.
- Acudir a sus citas o reprogramar/cancelar la cita dentro de un plazo razonable para evitar cargos por no acudir a citas.
- Pagar al momento del servicio y pagar los saldos pendientes.
- Utilizar las recetas de medicamentos o los dispositivos médicos solo para usted, y no participar premeditadamente en fraude médico.
- Denunciar comportamientos ilegales o poco éticos por parte del personal de atención médica.

### Inquietudes o quejas

Nuestro objetivo principal es brindar atención de alta calidad a nuestros pacientes con un nivel excepcional de servicio de atención al cliente. A su vez, tenga la seguridad de que reconocemos y respaldamos los derechos y las responsabilidades de nuestros pacientes en Avance Care. Si tiene alguna inquietud, reclamo, queja o cree que se han vulnerado sus derechos, hable con su cuidador o con el supervisor a cargo en el sitio. También puede llamar al 919-237-1337 (opción 8) después del horario de atención y dejar un mensaje, se le devolverá la llamada a la brevedad. Nos complacerá tener la posibilidad de resolver cualquier inquietud que pudiera surgir, en particular cuestiones sobre calidad y seguridad del paciente.

Los derechos y las responsabilidades que se describen en el presente documento se basan y sustentan en diversas normas, reglamentos y directrices emitidos por organismos estatales y federales.

### Certificación

Al firmar esta declaración, reconozco que he revisado el documento sobre Derechos y responsabilidades del paciente, y, por lo tanto, he sido informado de mis derechos y responsabilidades como paciente de Avance Care. Comprendo la información suministrada y me comprometo a cumplir mis responsabilidades mientras reciba atención en Avance Care. Comprendo que si no cumplo con las responsabilidades establecidas o que si me involucro en comportamientos incorrectos, irrespetuosos o que no cumplan con las políticas de la clínica, Avance Care se reserva el derecho de poner fin a la relación paciente-proveedor, conforme a las leyes aplicables.

Paciente o representante legal (En letra de imprenta)	
Firma	
Fecha	
Relación con el paciente (si la firma corresponde a un representante legal autorizado)	

Usted tiene derecho a identificar a familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención que pueden recibir verbalmente información médica o de pago sobre usted, para ayudarlo a administrar su atención médica. Puede realizar cambios en esta lista en cualquier momento enviando un nuevo formulario. Avance Care solo compartirá su información de salud con las personas que usted designe, excepto según lo exija la ley. Este formulario de consentimiento **NO** autoriza la divulgación de copias de su historia clínica; eso requiere un **Formulario de autorización para la divulgación de historia clínica**.

Rechazo la divulgación verbal de mi información de salud a cualquier parte. Entiendo que esta declinación puede revocarse en cualquier momento completando y enviando un nuevo formulario.

Yo, el paciente abajo firmante o el representante legal del paciente, doy mi consentimiento para que Avance Care hable sobre la información que he especificado a continuación con los siguientes familiares, amigos u otras personas (como se especifica a continuación) de conformidad con una solicitud del paciente o representante legal abajo firmante:

Nombre	Vínculo	Número de teléfono

1. Tipo de información sobre la que se hablará: (Marque todas las casillas que correspondan)

TODA la información (incluida la información de facturación; la información relacionada con los servicios de salud mental o conductual, como las consultas psiquiátricas; las discapacidades del desarrollo; el VIH/SIDA y los resultados de exámenes; las enfermedades de transmisión sexual; la hepatitis; la tuberculosis, y las necesidades de servicios sociales), *excepto la información sobre trastornos por consumo excesivo de sustancias*, según la protección de 42 CFR Parte 2.

SOLO información del plan de salud (facturación, beneficios, autorizaciones de pago), incluida la actualización de información demográfica y de otro tipo

Otra (describir): \_\_\_\_\_

**Sin embargo, específicamente me abstengo de divulgar los siguientes tipos de información (el paciente debe completar ejemplos de información que no se debe divulgar a las personas designadas)**

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo derecho a revocarla en cualquier momento, excepto cuando la organización ya haya realizado divulgaciones con base en este consentimiento. Esta autorización permanecerá en vigor durante dos años a partir de la fecha de la firma y deberá renovarse posteriormente. Si se recibe un nuevo formulario de Consentimiento para hablar sobre información protegida con familiares, amigos u otras personas con permisos actualizados para el mismo familiar, amigo u otra persona, la nueva versión revocará automáticamente la versión archivada anterior. Si este consentimiento es firmado por un menor de edad, caducará automáticamente cuando el menor cumpla 18 años.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Si la firma es de un representante legal del paciente, escriba su nombre en letra de imprenta a continuación e indique su relación con el paciente. Para un tutor legal o poder notarial, envíe la documentación legal con este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Hemos establecido un proceso que le permite decirle con quién podemos hablar sobre su atención médica. Esto generalmente incluye consultas e información sobre cronogramas, resultados de pruebas y análisis de laboratorio, información de tratamiento e información de facturación. **Tenga en cuenta que completar este formulario no implica otorgar a las personas mencionadas ninguna autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre. Este formulario tiene el único propósito de identificar a las personas que pueden recibir información, pero no las autoriza a participar en la toma de decisiones médicas.**

### ¿Cómo puedo dar permiso a otros para obtener información sobre mí verbalmente?

Complete el formulario de Consentimiento para hablar sobre información médica protegida con familiares, amigos, u otras personas para indicarnos con quién podemos hablar sobre su información. Marque las casillas correspondientes para indicar sobre qué información podemos hablar.

### ¿Cómo se utiliza la información del formulario?

Cada vez que sus personas designadas llamen o hagan una solicitud en su nombre, verificaremos que la persona tenga su permiso para recibir la información y, luego, compartiremos la información.

### ¿Podrían darme ejemplos de cuándo podría ser útil este formulario?

- Si una persona desea compartir información con su cónyuge o pareja
- Si un padre o una madre en edad anciana quiere que un hijo adulto le explique las instrucciones del tratamiento médico
- Si un hijo adulto está ayudando con preguntas sobre facturación
- Si un amigo está ayudando a un paciente con problemas de salud
- Si un estudiante universitario quiere que la información se comparta con alguno de sus padres
- Si un hijo adulto llama para hablar con el proveedor de sus padres sobre su tratamiento médico

### ¿Significa esto que no hablarán con nadie que no haya nombrado específicamente en este formulario?

No. Si la ley lo permite, Avance Care puede hablar con otras personas involucradas en su atención (o en el pago de esa atención).

### ¿Qué pasa si cambio de opinión?

Complete el formulario de **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA HABLAR SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA CON FAMILIARES, AMIGOS, U OTRAS PERSONAS.**

Los formularios están disponibles en su clínica, o puede obtener un nuevo formulario en [www.avancecare.com](http://www.avancecare.com). (Nota: Si se recibe un formulario actualizado de Consentimiento para hablar sobre información protegida con familiares, amigos u otras personas y tiene al mismo familiar, amigo u otra persona mencionado con permisos actualizados (distintos cuadros marcados), la nueva versión revocará automáticamente la versión archivada anterior).

### ¿Qué pasa si no completo el formulario de Consentimiento para hablar sobre información médica protegida con familiares, amigos, u otras personas?

Continuaremos protegiendo su información de salud según lo exigido por la ley.

### ¿Las personas que designo también pueden obtener copias de mi historia clínica?

No, solo pueden recibir información verbal. Para obtener copias de la historia clínica, complete por separado un **Formulario de autorización para la divulgación de historia clínica** disponible en su clínica o en [www.avancecare.com](http://www.avancecare.com).

## Avance Care – Pediatric Medical History

Fecha de hoy:	
---------------	--

Para ayudar a satisfacer sus necesidades, favor de llenar todos los campos.

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre (Nombre)	(Inicial)	(Apellido)	Fecha de nac. (mm/dd/aaaa):	Género	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Transgénero
-----------------	-----------	------------	-----------------------------	--------	--

Mencione todos los medicamentos, suplementos y vitaminas que toma su hijo/a actualmente. Por Favor incluya dosis del medicamento e instrucciones:  
 Nada

Mencione todas las alergias: (comida, medicamento, ambiente) y reacción que el paciente haya tenido cuando es expuesto:  
 Nada

### HISTORIAL MEDICO

Mencione todas las enfermedades, problemas médicos, accidentes, y lesiones con sus fechas:  
 Nada

Mencione las internaciones (admisiones a un hospital) que haya tenido  
 Nada

Describa alguna operación, cirugías o procedimientos médicos (Incluya las fechas):  
 Nada

### HISTORIAL FAMILIAR

Alguno de sus hermanos, padres, abuelos han tenido alguno de los siguientes: (favor de contestar todas las preguntas)

	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infarto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abuso de Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apnea del Sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión/Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol Alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Piel Seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas Mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastornos Sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque al Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	COPD/Enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Convulsión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si su respuesta es **Sí**, favor de explicar qué familiar (por ejemplo, abuelo materno O paterno):  
 \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE LA SEGURIDAD AMBIENTAL Y SOCIAL

¿El paciente siempre utiliza el cinturón de seguridad o asiento de seguridad en automóvil?  Sí  No

¿Hay fumadores que viven en la casa?  Sí  No

¿Su hijo/a utiliza un casco de protección cuando anda en bicicleta, scooter, patineta, patines?  Sí  No

¿Hay alguna arma de fuego en la casa?  Sí  No

Si su respuesta es sí, ¿está bloqueada y guardada bajo llave?  Sí  No

¿Considera Avance Care su proveedor de atención primaria?  Sí  No Sila respuesta es No

Favor de proveer el nombre: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría enviar por fax las notas de esta visita a su médico de atención primaria?  Sí  No

Su respuesta es sí, favor de proveer Fax: \_\_\_\_\_

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a esta oficina algún cambio en mi estado médico.

Firma de paciente o tutor legal:	Fecha:
----------------------------------	--------

## Cobertura de seguro para exámenes físicos (servicios preventivos)

El examen físico integral, también conocido como CPE, consta de una serie de pruebas o exámenes médicos de rutina que realiza su proveedor de atención médica para corroborar su estado de salud general. Este aviso se refiere a los componentes de un examen físico (servicios preventivos) que son o no cubiertos habitualmente por la cobertura del plan de salud.

Componentes de exámenes físicos habitualmente cubiertos por los planes de seguro:

- Revisión de antecedentes médicos.
- Revisión individualizada de los factores de riesgo médicos.
- Estatura, peso, presión arterial, cálculo del índice de masa corporal (BMI).
- Para hombres: examen clínico de los testículos e instrucciones para realizar autoexamen.
- Para mujeres: examen pélvico, recolección de muestra para Papanicolau, y examen de mamas con instrucciones para realizar autoexamen.
- Examen de la piel y asesoramiento sobre prevención del cáncer de piel.
- Pruebas de evaluación general, evaluación de la vista y la audición.
- Revisión y explicación de los resultados de análisis de laboratorio, si corresponde.
- Pruebas de detección para enfermedades comunes o prevenibles. Por ejemplo, pruebas de detección para hipertensión, obesidad, colesterol alto, diabetes y ciertas formas de cáncer.
- Examen físico completo
- Revisión del historial de vacunación y administración de vacunas si fuera necesario.
- Asesoramiento sobre hábitos de vida saludables, desarrollo normal y recomendaciones para dieta adecuada y ejercicio físico.

Su proveedor de atención médica puede ordenar pruebas de laboratorio, pruebas de detección o pruebas de diagnóstico para profundizar la evaluación y tratar las afecciones. Tenga en cuenta que los servicios que se mencionan a continuación pueden estar o no cubiertos al 100 %, esto se determinará una vez que su reclamación haya sido presentada y procesada por su aseguradora. Según si el servicio es de detección o diagnóstico, los servicios que se detallan a continuación pueden estar o no sujetos a copago, coseguro o deducible.

- Densitometría (osteoporosis)
- Mamografía
- Colonoscopia
- Examen de próstata (análisis de sangre)
- Pruebas de Papanicolau con fines diagnósticos
- Prueba de detección de diabetes (análisis de sangre)
- Prueba de detección de colesterol (análisis de sangre), etc.

Servicios que no están normalmente cubiertos por los planes de seguro durante un examen físico:

- Evaluación y tratamiento de problemas o enfermedades agudos específicos. Por ejemplo, evaluación de una tos reciente, dolor de garganta, dolor o lesión.
- Procedimientos como la extirpación de lunares, infiltraciones articulares y biopsias de piel.
- Administración de medicamentos – Reabastecimientos de recetas.
- Servicios de gestión de atención crónica.

Las pruebas de laboratorio se procesan a través de nuestro proveedor asociado, LabCorp. Puede ver el nombre de ellos en su EBO, o puede recibir una factura de ellos por los artículos que no cubre su plan de seguro. Comuníquese directamente con LabCorp para canalizar las preguntas que tenga sobre estos artículos.

La administración de vacunas se procesa a través de nuestro proveedor asociado, VaxCare. La presentación de reclamaciones relacionadas con vacunas aparecerán en su EBO bajo el nombre de la organización de VaxCare. Puede



recibir una factura por los artículos que no están cubiertos por su seguro. Comuníquese directamente con VaxCare para canalizar las preguntas que tenga sobre estos artículos.

**Si tiene problemas de salud adicionales que no estén normalmente cubiertos por su plan de salud para un examen integral, hable con un miembro del personal o con el proveedor en la clínica. Se podrán analizar los problemas de salud adicionales durante su examen preventivo; no obstante, se aplicará un cargo adicional por visita al consultorio al momento del servicio (copago, deducible o coseguro), o quizás se le indique que programe una cita aparte para evaluar estos problemas.**

Si su proveedor de atención médica detecta algún hallazgo anormal durante su examen físico “cubierto”, su proveedor de atención médica abordará el hallazgo con usted y lo documentará en su historia clínica. Su proveedor de atención médica puede facturar a su compañía de seguro este hallazgo anormal por separado, como una visita al consultorio, junto con su examen físico. Tenga en cuenta que usted (el paciente) será responsable de cualquier copago, deducible o coseguro correspondiente a la visita al consultorio, este pago se debe realizar al momento del servicio.

**He leído el aviso para el paciente que se menciona más arriba y dejo constancia de mi conformidad con el contenido de este aviso al firmar a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Si la firma es de un representante legal del paciente, escriba su nombre en letra de imprenta a continuación e indique su relación con el paciente. Para un tutor legal o apoderado, presente la documentación legal con este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente