



## Formulario de Registro de Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: M \_\_\_ F \_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

### **Información del contacto**

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico que refiere: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Información del seguro:** ¿Tienes seguro médico? Sí No

**Primario** compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Soc. Segundo. No: \_\_\_\_\_

Su relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

**Secundario** compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Su relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **Asignación de Beneficios/Póliza de Oficina** **Respecto al Seguro**

**Tus responsabilidades:** Al momento de la cita, es responsabilidad del paciente o tutor proporcionar a nuestra oficina todos los documentos necesarios para que la cobertura del seguro sea efectiva. (Por lo general, esto es solo las tarjetas de seguro y una referencia). Es responsabilidad del paciente o su tutor comprender cómo funciona su plan de seguro. La responsabilidad del paciente o su tutor por el pago total sigue siendo del titular de la póliza.

**Si no tienes seguro:** Para nuestros pacientes sin seguro, cobraremos una tarifa fija por una cita inicial y por cualquier cita de seguimiento. Estos cargos son sólo para las visitas. Los procedimientos adicionales (por ejemplo, biopsias) tendrán tarifas adicionales que se discutirán en el momento de la visita y deberán pagarse en ese momento. Para su comodidad aceptamos todas las principales tarjetas de crédito.

**Referencias y PCP:** Se le informa que los términos de su contrato de beneficios de seguro requieren que obtenga servicios de su PCP de seguro participante y un formulario de remisión de su PCP antes de recibir los servicios que busca para ser elegible para la cobertura completa de beneficios relacionados con esta visita al consultorio. Tenga en cuenta además que el proveedor indicado anteriormente ha confirmado con su seguro, si procede hoy a recibir el servicio que busca en ausencia de la referencia requerida o la confirmación de la cobertura del seguro. Los servicios no serán "servicios cubiertos" según los términos de su contrato de beneficios y usted será responsable del pago de los montos hasta el CARGO COMPLETO del proveedor por todos los servicios brindados a usted o su departamento. Tenga en cuenta que el PCP y la referencia registrada no pueden tener una fecha anterior. Tiene derecho a comunicarse con su compañía de seguros para cambiar su PCP y tiene derecho a coordinar la derivación requerida antes de recibir los servicios que busca para obtener todos los beneficios según los términos de su contrato de beneficios de seguro.

### **Autorización para divulgar información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente**

Por la presente autorizo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos al Dr. G. Philip Sayegh. Esto incluye todos los beneficios médicos principales, Medicare/Medigap, HMO y programas patrocinados por el gobierno, o cualquier otro pagador externo por los servicios que me han brindado. Entiendo que soy responsable de todos los DEDUCIBLES, COPAGOS, COASEGUROS Y SERVICIOS NO CUBIERTOS aplicables según lo exige mi póliza de seguro.

Por la presente autorizo al Dr. G. Philip Sayegh a divulgar toda la información necesaria, incluidos los registros médicos, para garantizar el pago de los beneficios del seguro.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Pacientes solo de Medicare**

Al firmar a continuación, autorizo a Medicare a asignar beneficios a mi médico, el Dr. G. Philip Sayegh.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Aviso de prácticas de privacidad

## Dr. G. Philip Sayegh

**Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente**

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de entidades controladas y de propiedad total que participan en transacciones cubiertas bajo HIPAA (Seguro de Salud Portabilidad y Responsabilidad):

Dr. G. Phillip Sayegh se requiere por ley para mantener la privacidad de su información de salud ("Información de salud protegida" o "PHI") y para proporcionarle este Aviso.

Cómo podemos usar y divulgar información de salud: tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El Dr. G. Philip Sayegh comprende que la información sobre usted y su salud es muy personal. Por lo tanto, nos esforzamos por proteger su privacidad. Estamos obligados a mantener la privacidad de nuestros pacientes, la información de salud protegida ("PHI") y brindarle aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en respuesta a su PHI. Solo usaremos y divulgaremos su PHI como se describe en este Aviso. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso entren en vigor para toda la PHI que mantenemos.

A menos que indique expresamente lo contrario, acepta recibir dicha información de nosotros y de las personas y entidades con quienes compartimos su PHI por medios automatizados, que pueden incluir el uso de un sistema de marcación telefónica automática, mensajes pregrabados, mensajes artificiales, correo de voz y/o electrónico ("correo electrónico"), SMS (mensajes de texto) sobre opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de enfermedades, programas de bienestar o iniciativas o actividades comunitarias en las que participamos.

**Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI en relación con su tratamiento y/u otros servicios que se le brinden, por ejemplo, para diagnosticarlo y tratarlo. Además, podemos comunicarnos con usted para brindarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento a otros beneficios y servicios relacionados con la salud. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores internos (por ejemplo, médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros centros de atención médica involucrados en el tratamiento por horas).

**Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de los servicios que le brindamos, por ejemplo, para solicitar el pago a su aseguradora de salud y para verificar que su aseguradora de salud pagará sus servicios de atención médica.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de atención médica. Estos incluyen administración y planificación internas, diversas actividades que mejoran la calidad y rentabilidad de los servicios de atención médica, revisión de la prestación de atención médica, cumplimiento normativo, evaluación del desempeño del personal y capacitación de médicos y otros proveedores de atención médica, planificación y desarrollo comercial, gestión comercial y actividades administrativas generales. Utilizamos esta información para mejorar continuamente la calidad de la atención de todos los pacientes a los que atendemos. Por ejemplo, podemos usar PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. También podemos utilizar PHI para resolver problemas y quejas de los pacientes. Además, podemos compartir su PHI con otros proveedores de atención médica y pagadores para ciertas operaciones comerciales si la información está relacionada con la relación que el proveedor y el pagador tienen actualmente o tuvieron anteriormente con usted, y si la ley federal exige que el proveedor o el pagador proteja la privacidad de su información médica protegida.

**Socios de negocio:** Podemos contratar a ciertas personas u organizaciones externas para realizar ciertos servicios en su nombre, como auditoría, acreditación, servicios legales, etc. En ocasiones, puede ser necesario que proporcionemos su información a una o más de estas personas externas o organizaciones. En tales casos, requerimos que estos socios comerciales, y cualquiera de sus subcontratistas, protejan adecuadamente la privacidad de su información según lo exige la ley.

**Otros proveedores de atención médica:** También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica cuando dicha PHI sea necesaria para que lo traten, reciban pagos por los servicios que le brindan o realicen ciertas operaciones de atención médica, por ejemplo, para que las compañías de ambulancias de emergencia soliciten el pago de los servicios para traerlo al hospital. Sus derechos con respecto a su información médica protegida.

### **Derecho a inspeccionar y copiar su información médica**

Puede solicitar ver y recibir copias impresas o electrónicas de sus registros médicos y de facturación. Para hacerlo, envíe una solicitud por escrito al Dr. G. Philip Sayegh correspondiente. Se le cobrarán las copias de acuerdo con las pautas y leyes profesionales establecidas y aplicables, estatales y federales. Si usted es padre o tutor legal de un menor, ciertas partes del expediente médico del menor pueden resultarle inaccesibles según la ley (por ejemplo, registros relacionados con servicios de aborto, anticoncepción y/o planificación familiar y servicios de salud mental) a

menos que el propio paciente autoriza al Dr. G. Philip Sayegh a darle acceso a este PH. Además, en circunstancias limitadas definidas por la ley, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros.

**Derecho a solicitar restricciones**

Puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso y divulgación de su PHI por parte del Dr. G. Philip Sayegh: Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, a personas (como familiares u otros parientes, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por usted) involucradas. con su atención o con el pago relacionado con su atención, para notificar o ayudar en las notificaciones de dichas personas con respecto a su ubicación en el hospital y su condición general, y a su plan de salud (i.r., asegurador externo o pagador de atención médica) cuando la PHI es el resultado de un artículo o servicio de atención médica que ha sido pagado íntegramente de su bolsillo. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si afectaría su atención médica o si creemos razonablemente que la información es precisa tal como está en su registro. Si aceptamos restricciones, declaramos la necesidad para los fines del tratamiento. Si desea realizar una solicitud para restringir el uso de su PHI, complete nuestra Solicitud de restricciones de información médica protegida:

**Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:** Puede solicitar, y aceptaremos, cualquier solicitud escrita razonable de su parte para recibir su PHI por medios de comunicación alternativos en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted por teléfono en su casa, o puede darnos una dirección postal que no sea la de su casa para recibir los resultados de las pruebas.

**Derecho a revocar su autorización:** Puede revocar su autorización, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI. Un formulario de revocación está disponible previa solicitud de la Oficina de Privacidad, como se indica a continuación. Este formulario debe ser completado por usted y devuelto a la Oficina de Privacidad.

**Derecho a cambiar los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el Aviso revisado de la manera adecuada. También puede obtener cualquier aviso revisado comunicándose con: Dr. G. Philip Sayegh, en 970 North Broadway Suite 307 Yonkers, NY 10701. Tel: 914-200-5083 Fax: 914-627-0206

**Derecho a recibir notificaciones**

Tiene derecho a recibir una notificación por escrito del Dr. G. Philip Sayegh en caso de incumplimiento de su PHI no segura. es decir, si hay un acceso, uso o divulgación no autorizados de su PHI que cumpla con ciertos criterios según la ley.

**Para información o quejas:**

Si tiene alguna pregunta o desea presentar una queja relacionada con la privacidad de su información de atención médica, llame, envíe un correo electrónico o escriba a la Oficina de Privacidad utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación.

Dr. G. Philip Sayegh, en 970 North Broadway Suite 307 Yonkers, NY 10701. Tel: 914-200-5083 Fax: 914-627-0206

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

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del aviso de HIPAA y se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre el aviso. Si no puedo localizarme de alguna manera, o alguien llama en mi nombre, autorizo a la oficina a divulgar información solo a:

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

**6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:  
Dr. G. Philip Sayegh - Gastroenterology of Hudson Valley 970 North Broadway Suite 307, Yonkers, NY 10701

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) \_\_\_\_\_ a (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Incluye: (Indicar con iniciales)

\_\_\_\_\_ Tratamiento de alcohol/drogas  
\_\_\_\_\_ Información de salud mental  
\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH

**Autorización para discutir información médica**

(b)  Coloque aquí sus iniciales \_\_\_\_\_ Yo autorizo \_\_\_\_\_  
Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica  
para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

\_\_\_\_\_ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

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

\* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 51-0102S (Rev. 11/13) White – Record Yellow – Member