

**Pacientes nuevos y antecedentes familiares**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo nombre o apellido de soltera

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (al nacer):  Hombre  Mujer  Desconocido

Domicilio particular: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono (primera opción): \_\_\_\_\_ Tipo:  Celular  De un familiar  Particular  De un vecino  Oficina  
 Teléfono (segunda opción): \_\_\_\_\_ Tipo:  Celular  De un familiar  Particular  De un vecino  Oficina

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Medio preferido para recibir notificaciones:  Teléfono celular  Correo electrónico  
 Teléfono particular  Teléfono de la oficina

Información del médico que deriva: \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de hijos/as: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Divorciado(a)  En unión libre  Casado(a)  Separado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Desconocido

¿Quién vive con usted? (Marque todas las opciones que correspondan):

Vivo solo(a)  Cónyuge  Hijos  Padres  Amigos  Otro: \_\_\_\_\_

Dependientes (indique cuántos son en cada categoría): \_\_ Hijas \_\_ Hijos \_\_ Hijastros \_\_ Hijos adoptados \_\_ Menores bajo régimen de acogida \_\_ Abuelos

¿Quién le ayuda en casa?: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia (n.º 1): \_\_\_\_\_  
Nombre Relación o parentesco Teléfono

Contacto en caso de emergencia (n.º 2): \_\_\_\_\_  
Nombre Relación o parentesco Teléfono

¿Ha firmado un formato de poder para propósitos médicos, voluntad para médicos (testamento en vida) u orden de no reanimación en ámbito extrahospitalario?  Sí  No

¿Desea conocer nuestro Programa *Advance Care Planning Program* (Programa de planeación de atención avanzada)?  Sí  No

Si ha firmado alguno de estos documentos, comente con su enfermero/a sus decisiones y traiga una copia de ellos a su cita.

**Información sociodemográfica**

Por favor seleccione una (1) respuesta de cada una de las siguientes categorías:

Idioma preferido:

- |                                 |                                  |                                      |   |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Árabe  | <input type="checkbox"/> Inglés  | <input type="checkbox"/> Farsi/Persa | <input type="checkbox"/> Filipino/Tagalo            |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Hindi   | <input type="checkbox"/> Japonés     | <input type="checkbox"/> Coreano                    |
| <input type="checkbox"/> Ruso   | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Vietnamita  | <input type="checkbox"/> Otro, (especificar): _____ |

Si necesita un intérprete durante su consulta, infórmelo en la recepción cuando llegue o al agente virtual cuando se conecte para las consultas de telesalud.

Raza:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Se desconoce
- Prefiero no responder

Origen étnico:

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino
- Otro
- Se desconoce
- Prefiero no responder

Pronombres:

- Él/de él
- Él/de él o Elle/de elle(s)
- Ella/de ella
- Ella/de ella o Elle/de elle(s)
- Elle/de elle(s)
- Prefiero no responder

Identidad de género:

- Hombre
- Mujer
- Transexual postoperado de mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans
- Transexual postoperado de hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero/Mujer trans
- Género no conforme, ni exclusivamente masculino ni femenino
- Categoría de género adicional u otro, (especificar); \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

Orientación sexual:

- Lesbiana, gay u homosexual
- Hetero o heterosexual
- Bisexual
- Algo más, (describir): \_\_\_\_\_
- No lo sé
- Prefiero no responder

**Pacientes nuevos y antecedentes familiares**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo nombre o apellido de soltera

**Ocupación y estilo de vida**

¿Tiene medio de transporte diario disponible?  Sí  No  
 Actualmente: Trabajo:  Sí  No El tipo de jornada laboral es:  De tiempo completo  De medio tiempo  Con permiso por enfermedad  Jubilado(a)  Con discapacidad  
 Empleador y profesión actuales (o anteriores si es jubilado/a): \_\_\_\_\_  
 ¿Consume alguna de las siguientes sustancias? (Marque todas las opciones que correspondan):  
 Alcohol:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_  
 Tabaquismo:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_  
 Cafeína:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_  
 Drogas de uso recreativo:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_  
 ¿Es claustrofóbico/a (le da miedo estar en espacios cerrados o estrechos)?:  Sí  No En caso afirmativo, ¿cómo lo controla?: \_\_\_\_\_

**Nutrición:**

¿Es diabético(a)?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué tipo de diabetes padece?: \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo, ¿cómo se controla?:  Con dieta  Con medicamentos orales  Con insulina  De otra forma: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido cambios de peso en los últimos 3 meses?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántas libras bajó \_\_\_\_\_, subió \_\_\_\_\_?  
 Elija la(s) palabra(s) que mejor describan su alimentación:  Normal  Blanda  Líquida  Para diabéticos  Con suplementos  Otra: \_\_\_\_\_  
 Describa su apetito:  Bueno  Regular  Malo

**Actividad física:**

¿Requiere cualquiera de lo siguiente? (marque todas las opciones que correspondan):  Bastón  Caminadora  Silla de ruedas  Oxígeno  Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo hace ejercicio cada semana? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de ejercicio hace? \_\_\_\_\_  
 Seleccione una (1) de las siguientes opciones:  
 Plenamente activo  Restricciones en actividades físicamente extenuantes, deambular y poder realizar trabajos ligeros  
 Camino sin ayuda, puedo cuidarme solo/a. Hasta y aproximadamente más del 50 % del tiempo de vigilia  
 Puedo cuidarme de manera limitada, estoy confinado(a) a una cama o silla más del 50 % del tiempo de vigilia  
 Completamente incapacitado; no puedo cuidarme; estoy totalmente confinado(a) a una cama o silla

A menudo, las personas a las que se les ha diagnosticado cáncer muestran preocupación sobre su actividad sexual o sexualidad. ¿Usted las tiene?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿cuáles son sus preocupaciones? \_\_\_\_\_

**Condición de discapacidad:**

Responda "Sí" o "No" a las siguientes preguntas:

- ¿Es sordo(a) o tiene dificultades graves para escuchar?  Sí  No
- ¿Es ciego(a) o tiene dificultades serias para ver, incluso con lentes?  Sí  No
- Debido a un padecimiento físico, mental o emocional, ¿tiene dificultades serias para concentrarse, recordar o tomar decisiones?  Sí  No
- ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?  Sí  No
- ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?  Sí  No
- Debido a un padecimiento físico, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer mandados solo(a) como ir a consulta con un médico o ir de compras?  Sí  No

**Antecedentes reproductivos**

**Mujer:**  
 Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de hijos/as: \_\_\_\_\_ Edad en su primer embarazo: \_\_\_\_\_  
 ¿Amamantó a su bebé?:  Sí  No En caso afirmativo, ¿durante cuántos meses (aproximadamente)?: \_\_\_\_\_  
 Edad en su primer período menstrual: \_\_\_\_\_ Edad a la que se presentó la menopausia: \_\_\_\_\_ Edad a la que tuvo su último período: \_\_\_\_\_  
 Histerectomía:  Sí  No ¿Sus ovarios están intactos?:  Sí  No En caso *negativo*, explíquelo: \_\_\_\_\_  
 ¿Usa hormonas?:  Sí  No Libido:  Sí  No Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_

**Hombre:**

Impotencia (disfunción eréctil):  Sí  No Libido:  Sí  No Terapia de reemplazo de testosterona:  Sí  No

**Pacientes nuevos y antecedentes familiares**

 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido(s) Nombre Segundo nombre o apellido de soltera

¿Por qué cree que se le está atendiendo?: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos anteriores**

Enumere todos los demás diagnósticos y padecimientos. Si necesita espacio adicional, copie esta página.

Diagnósticos / Padecimientos	Nombre del médico	Número de consultorio	Fecha en que ocurrió

Enumere cualquier cirugía que haya tenido anteriormente indicando la edad aproximada cuando se le realizó (incluya cirugías menores, es decir, amigdalectomía, tumores, etc.).

Cirugía / Lesión / Hospitalización	Nombre del médico / Hospital	Número de consultorio	Fecha en que ocurrió

 ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por radiación, con radio, implantes radioactivos o con cobalto anteriormente?  Sí  No

 ¿Alguna vez ha recibido quimioterapia o inmunoterapia?  Sí  No

 ¿Tiene un marcapasos o desfibrilador implantados?  Sí  No

 ¿Tiene algún implante metálico (en la columna, en la cadera, en la rodilla, etc.)?  Sí  No

Indique el nombre de los hospitales o clínicas donde le han hecho estudios de rayos X en los últimos seis meses:

**Mantenimiento preventivo de la salud**

Especifique las fechas de cada uno o responda "ninguno" o "N/A":

Pruebas de detección:	Última mamografía: _____	Última densitometría ósea: _____
	Último Papanicolaou: _____	Última prueba la próstata/antígeno prostático específico: _____
	Última colonoscopia: _____	Última tomografía computarizada del tórax: _____
Vacunas:	Última vacuna contra la neumonía: _____	Última vacuna contra el COVID: _____
	Última vacuna contra la influenza: _____	Última vacuna contra la hepatitis B: _____
	Última vacuna contra el virus del papiloma humano: _____	

¿Hay antecedentes de cáncer, hemopatías, enfermedad cardiovascular u otros problemas médicos en su familia? En caso afirmativo, responda a continuación:

Familiar	¿Vive?	Problema médico y edad a la que apareció	Familiar	¿Vive?	Problema médico y edad a la que apareció
Madre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Abuela paterna	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	
Padre	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Abuelo paterno	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	
Hijos	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Tía(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	
Hermano(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Tío(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	
Hermana(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Primo(s)	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	
Abuela materna	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Otro:	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	
Abuelo materno	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)		Otro:	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Finado(a)	

(M) = materno

(P) = paterno

(Si necesita espacio adicional, copie esta página)

Firma del (de la) paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si alguien distinto del o de la paciente cumplimentó este formato, proporcione el nombre y su relación con él o ella: \_\_\_\_\_

Nombre

Relación o parentesco

**Lista de medicamentos y alergias**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido(s)      Nombre      Segundo nombre o apellido de soltera

Indique **todos** los medicamentos prescritos, vitaminas, remedios a base de hierbas y medicamentos de libre venta que está tomando actualmente y/o tráigalos consigo a su cita.  
 (Si necesita espacio adicional, copie esta página)

Medicamento <small>(incluye medicamentos de venta con receta, de libre venta y/o vitaminas)</small>	Concentración	Dosis	Número de veces que lo toma al día

**\*\* Alergias \*\***

Medicamento <small>(incluye medicamentos de venta con receta, de libre venta y/o vitaminas)</small>	Describa las reacciones

¿Alguna vez ha presentado una reacción alérgica a?:     Tinte de contraste     Yodo     Mariscos  
 ¿Qué tipo de reacción presentó?:     Urticaria     Falta de aliento     Otro: \_\_\_\_\_  
 Comentarios y/o información adicionales: \_\_\_\_\_

**Información de la farmacia**

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas**

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

Apellido(s)      Nombre      Segundo nombre o apellido de soltera

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Qué síntomas presenta actualmente? (Marque todas las opciones que correspondan)

CONSTITUCIONALES	SÍ	PIEL	SÍ	SISTEMA ENDOCRINO	SÍ
Fiebre		Problemas de cicatrización		Diabetes	
Fatiga		Exantema (erupciones cutáneas)		Lupus	
Aumento/pérdida de peso		Cáncer de piel		Artritis reumatoide	
Sudores nocturnos				Problemas de tiroides	
OJOS	SÍ	GASTROINTESTINALES (GI)	SÍ	NEUROLÓGICOS	SÍ
Visión borrosa		Heces con sangre		Ansiedad	
Mareos		Cambio de peso		Problemas de equilibrio	
Vista doble		Dolor abdominal crónico		Confusión	
Dolor en los ojos		Heces despigmentadas		Depresión	
Deterioro de la vista		Estreñimiento		Mareos	
Anteojos o lentes de contacto		Diarrea		Cefalea (dolor de cabeza)	
Glaucoma		Acidez		Pérdida de la memoria	
Antecedentes de glaucoma		Hemorroides		Crisis nerviosa	
Ver "destellos"		Pérdida del apetito		Entumecimiento/hormigueo	
Dolores de cabeza intensos		Náuseas/vómito		Cambios de personalidad	
Cambios en la vista		Úlceras		Convulsiones	
		Vómitos con sangre		Cambios en el habla	
DE CABEZA Y CUELLO	SÍ	GENITOURINARIOS (GU)	SÍ	MUSCULOESQUELÉTICOS	SÍ
Obstrucción crónica de la nariz		Sangre en la orina		Artritis	
Problemas dentales		Ardor o dolor al orinar		Dolor de espalda	
Dificultades para tragar		Orina oscura		Dolor de huesos	
Secreción en los oídos		Disfunción eréctil		Fracturas	
Boca seca		Micción frecuente		Rigidez articular	
Dolor de oído		Incontinencia		Movimiento limitado	
Prótesis auditiva ( <input type="checkbox"/> Izquierda o <input type="checkbox"/> Derecha)		Infecciones		Espasmos musculares	
Pérdida de la audición		Nefrolitiasis (cálculo renal/piedras en el riñón)		Entumecimiento	
Ronquera		Micción frecuente por las noches		Parálisis	
Aftas (úlceras) bucales		Sangrado vaginal		Problemas para caminar	
Sangrado en la boca y garganta		Secreciones vaginales		Hinchazón de las extremidades	
Dolor al tragar				Sensación de hormigueo	
Rigidez persistente del cuello				Debilidad <input type="checkbox"/> en el lado izquierdo o <input type="checkbox"/> en el lado derecho	
Sangrado nasal repetido					
Acúfenos (zumbido de oídos)					
Dolor de muelas					
CARDIOVASCULARES	SÍ	RESPIRATORIOS	SÍ	HEMATOLÓGICOS	SÍ
Tobillos hinchados		Tos crónica		Anemia	
Dolor de pecho		Tos con sangre		Trastornos hemorrágicos	
Problemas de circulación		Dificultades para respirar		Coágulos	
Presión arterial alta		Tos seca		Fácil aparición de hematomas (moretones)	
Hipercolesterolemia		Tos con flemas			
Presión arterial baja		Dificultad para respirar			
Marcapasos/desfibrilador		Vomita sangre			
Palpitaciones (latidos rápidos del corazón)		Usa oxígeno _____ l/min			
Edema periférico		Respiración sibilante/asma			

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO Y LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Doy mi consentimiento para la evaluación, la realización de análisis y el tratamiento conforme lo indique mi médico o quien este designe. Entiendo que esto incluye a todos centros de Texas Oncology.

### **Telemedicina:**

Como paciente, usted tiene derecho a que se le informe sobre sus opciones de tratamiento, incluida la recepción de servicios de telemedicina. Esta divulgación es para darle información para que usted decida si da su consentimiento, o no, para recibir servicios de telemedicina.

Entiendo que el médico tratante cree que me beneficiaría recibir servicios de un proveedor de telemedicina mediante videollamada interactiva en vivo sin tener que acudir al lugar donde éste se encuentra. La telemedicina entraña la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de una enfermedad en tiempo real usando tecnologías de telecomunicación, que pueden incluir el uso de audio, video u otros medios electrónicos interactivos. Como tal, la telemedicina permite que el proveedor de servicios de telemedicina vea y se comuniquen con el paciente en tiempo real.

El tratamiento mediante consultas de telemedicina es parecido, pero no idéntico, a una consulta presencial. Sin embargo, a diferencia de una consulta presencial, el proveedor de servicios de telemedicina solo puede ver mi imagen y escuchar mi voz y no puede utilizar los demás sentidos, por lo que durante la videollamada solo habrá una exploración física limitada. Entiendo que personas distintas al proveedor de servicios de telemedicina pueden estar presentes en el sitio donde se presta el servicio para operar el equipo de video, y tomarán medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información que se obtenga. Puedo decidir entre: (1) omitir información específica sobre mis antecedentes personales patológicos/exploración física que sea sensible para mí; (2) pedirle al personal no médico que abandone la sala de telemedicina; o (3) terminar la videollamada en cualquier momento.

### **Beneficios potenciales de los servicios de telemedicina:**

1. Mejor acceso a la atención médica al permitirme el acceso a la experiencia del proveedor de servicios de telemedicina sin tener que acudir al sitio donde se encuentra.
2. Los servicios médicos se pueden prestar de manera más eficiente.

### **Posibles riesgos de los servicios de telemedicina:**

1. La conexión de video podría no funcionar o dejar de funcionar durante la consulta.
2. La transmisión de audio o de video podrían no ser lo suficientemente claras como para ser confiables.
3. Una parte no autorizada podría interceptar mi información médica durante la transmisión.
4. Las fallas técnicas pueden provocar retrasos en la evaluación o tratamiento médicos o la pérdida de información.

Si se presenta cualquiera de estos problemas, podría interrumpirse el servicio. Texas Oncology buscará restablecerlo o, si esto no fuera posible, reprogramará la consulta. No se da ninguna garantía sobre el resultado de los servicios de telemedicina.

Entiendo que la responsabilidad por la operación de la tecnología que se usa en la consulta de telemedicina en mi casa (si corresponde) es mía, y que la responsabilidad por la operación de la tecnología que se usa en el lugar donde se encuentra el proveedor de servicios de telemedicina es de Texas Oncology.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



Acepto recibir una factura del proveedor de servicios de telemedicina. Entiendo (marque una opción):

- Mi(s) plan(es) de salud cubre(n) los servicios de telemedicina, pero sigo siendo responsable y acepto pagar la parte que me corresponde de lo que se cobre por los servicios cubiertos en mi(s) plan(es) de salud, incluidos los deducibles y los copagos.
- Mi(s) plan(es) de salud no cubre(n) los servicios de telemedicina. He recibido y firmado previamente un formulario donde acepto mi responsabilidad financiera por los servicios que preste el proveedor de servicios de telemedicina.

He leído este documento y comprendo los riesgos y beneficios de los servicios de telemedicina. He tenido oportunidad de que mis preguntas fueran respondidas y doy mi consentimiento para recibir los servicios de telemedicina del proveedor de los mismos. Autorizo que se revele cualquier información médica relevante sobre mí al proveedor del servicio de telemedicina, a su personal y a mi plan de atención médica o a quien pague la misma (en su caso).

- Doy mi consentimiento para que los resultados/información de mi cita de telemedicina se compartan con mi médico de atención primaria o con el médico que me derivó.

**Medicamentos con receta:**

Además, acepto de manera voluntaria dar acceso a Texas Oncology a mi historial de uso de medicamentos con receta y a que lo use, proveniente de otros proveedores de servicios de salud terceros que paguen las prestaciones de farmacia para fines de tratamiento. Entiendo que los médicos y el personal de esta empresa pueden consultar mi historial de uso de medicamentos con receta, que incluye, entre otros, medicamentos con receta, análisis de laboratorio y demás información de uso de medicamento, proveniente de varios proveedores de servicios médicos, aseguradoras y gestores de prestaciones de farmacia ajenos a la red, y que puede incluir medicamentos con receta que haya usado varios años atrás.

Acepto que Texas Oncology pueda utilizar sistemas de intercambio de información médica para transmitir, recibir o acceder de manera electrónica a mi historial de uso de medicamentos con receta.

Entiendo que este consentimiento tenga validez y vigencia por el tiempo que asista o reciba servicios de Texas Oncology, salvo que lo revoque por escrito mediante notificación que dé por escrito a cada centro de atención al que asista o del que reciba servicios.

Certifico que he leído este documento o que se me ha leído.

Firma del paciente o de su representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): \_\_\_\_\_

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firmar a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento para que se divulgue de manera verbal información sobre mi salud a las personas que se indican a continuación. Esto puede incluir información sobre mi estado de salud, incluidos mi padecimiento, síntomas, resultados de las pruebas, medicamentos, facturación y programación de citas.

**Nombre del contacto:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla para indicar que este es su contacto para casos de emergencia

**Nombre del contacto:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla para indicar que este es su contacto para casos de emergencia

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito. Soy consciente de que mi revocación no tendrá vigencia en la medida en que las personas a las que haya autorizado el uso o revelación de mi información médica hayan actuado al amparo de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si un representante personal del paciente firma esta autorización en representación del paciente, proporcione la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que leyó/tradujo el documento

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

1. Comprendo que soy responsable de los cargos que mi aseguradora o proveedor de beneficios no cubra o no me reembolse en el momento del servicio. Acepto que, en caso de impago, asumo los costos de los intereses, el cobro y las acciones legales (si corresponde).
2. Autorizo a mi aseguradora o proveedor de beneficios a divulgar información sobre mi cobertura a Texas Oncology P.A.
3. Mi derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, exámenes, alquiler de equipo médico, suministros y servicios médicos o de enfermería, incluidos los beneficios médicos mayores, se asigna por medio del presente a Texas Oncology P.A. Esta asignación cubre todos los beneficios de Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Acepto que este documento sirva como asignación legalmente vinculante para el cobro de mis beneficios como pago de las reclamaciones por servicios. En caso de que mi aseguradora o proveedor de beneficios prohíba la asignación de beneficios, por el presente, doy orden a mi aseguradora o proveedor de beneficios para que expida los cheques de pago de beneficios a mi nombre y los envíe a la atención de mi nombre "bajo el cuidado de" a la siguiente dirección:

c/o Texas Oncology, P.A.  
12221 Merit Dr., Ste. 500  
Dallas, TX 75251

4. Autorizo a Texas Oncology a presentar apelaciones administrativas y demandas y a entablar todas las causas necesarias, incluidas, entre otras, las reclamaciones en virtud de la Ley ERISA, y a iniciar acciones legales contra mi persona si no refrendo los pagos que reciba para Texas Oncology.

ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO CONSERVARÁ SU VIGENCIA A MENOS QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO.

He recibido una copia de las declaraciones anteriores y acepto estos términos. Las copias de las declaraciones se consideran igualmente válidas que el original.

Firma del paciente o de su representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): \_\_\_\_\_

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



## FACTURACIÓN AL PACIENTE

Texas Oncology ofrece atención médica de calidad y también atención financiera a nuestros pacientes. Se preserva la confidencialidad de los pacientes a la vez que se recibe el pago apropiado por la atención médica brindada. A continuación, se incluye un resumen detallado de nuestras políticas y procedimientos con respecto a la facturación al paciente.

1. Los pacientes deben pagar sus copagos en el momento del servicio.
2. Si lo solicitan, los pacientes recibirán una estimación del costo de un representante de la Oficina Administrativa en caso de que el seguro no vaya a cubrir todos los servicios por completo o cuando el paciente tenga un seguro insuficiente o se haya declarado su indigencia.
3. La Oficina Administrativa presentará reclamaciones por los servicios prestados ante la compañía de seguros primaria, secundaria y terciaria.
4. Después de que la compañía de seguros haya efectuado un pago, la Oficina Administrativa reconciliará la explicación del pago. Los pacientes recibirán una factura por el monto pendiente de pago, a menos que su contrato con la aseguradora lo prohíba.
5. Cualquier reclamación denegada debido a que el paciente no cumple los requisitos de cobertura, se exceden los límites de beneficios o los servicios no están cubiertos se facturará directamente al paciente, a menos que su contrato con la aseguradora lo prohíba.
6. Los pacientes deberán informar oportunamente a la Oficina Administrativa de cualquier cambio en su cobertura del seguro, dirección para la facturación, nombre legal o información del médico remitente.
7. Los pacientes que reciban tratamiento deberán informar al consultorio cuando sean admitidos en un centro de enfermería especializada.
8. Los pacientes pueden solicitar una dirección para la facturación alternativa.
9. Los estados de cuenta de los pacientes se enviarán cada 30 días con un sobre de devolución.
10. En cualquier momento, los pacientes pueden solicitar un estado de cuenta de los cargos facturados y los pagos del paciente.
11. Todos los pagos recibidos se procesarán electrónicamente.
12. Los saldos de pacientes que se adeuden después de 45 días pueden dar lugar a un intento de comunicación por carta o mediante llamadas telefónicas a fin de realizar el cobro o establecer un plan de pago.
13. Los pacientes pueden recibir notificaciones por mensaje de texto en su dispositivo móvil con referencia a su saldo pendiente. En cualquier momento, los pacientes pueden optar por recibir notificaciones por mensaje de texto o por no hacerlo. Para ello, deben llamar a la Oficina Administrativa de su médico. Podrían aplicarse las tarifas por mensajes y transmisión de datos.
14. Los pacientes pueden recibir notificaciones por correo electrónico en la cuenta que hayan proporcionado con referencia a su saldo pendiente. En cualquier momento, los pacientes pueden optar por recibir notificaciones por correo electrónico o por no hacerlo. Para ello, deben llamar a la Oficina Administrativa de su médico.
15. Los pacientes pueden pagar los saldos en línea utilizando el portal seguro de pago de facturas en línea en [www.texasoncology.com](http://www.texasoncology.com). Para preguntas relacionadas con estados de cuenta, facturación o pagos en línea, llame sin cargo al 1-855-425-9808.
16. Texas Oncology no cobra intereses por los saldos pendientes; sin embargo, nos reservamos el derecho a enviar cualquier cuenta impaga después de 120 días a una agencia de cobro de terceros. Los representantes de la agencia de cobro de terceros pueden utilizar toda la información demográfica proporcionada para tratar de establecer una comunicación por medio de intentos manuales o automatizados con respecto a los saldos pendientes de pago. Estos incluyen, entre otros, llamadas al teléfono de casa, al teléfono celular, al teléfono del trabajo y cualquier forma de comunicación digital, como mensajes de texto, correos electrónicos, sistemas de marcación telefónica automática, etc.
17. Si un paciente recibe un pago directo de una compañía de seguros o de un programa de defensoría de pacientes, para el que se señale específicamente que está destinado como pago de los servicios prestados, Texas Oncology se reserva el derecho a enviar el saldo pendiente de pago a una agencia de cobro externa.
18. Las preguntas sobre la facturación de los medicamentos orales son abordadas por los farmacéuticos o el personal de farmacia.
19. Los pacientes pueden recibir notificaciones si su plan de seguro ofrece un programa de atención basada en el valor (VBC, por sus siglas en inglés) en el que participe Texas Oncology. Todos los beneficiarios que reúnan los requisitos para Medicare recibirán una copia de la Carta de Aviso para Beneficiarios (BNL, por sus siglas en inglés) de la Mejora del Modelo de la Oncología (EOM, por sus siglas en inglés) de Medicare.
20. Los pacientes pueden otorgar su consentimiento para divulgar su información financiera a otras partes que actúen en su nombre. Puede actualizarse el consentimiento en cualquier momento comunicándose con la Oficina Administrativa de su médico.

Las preguntas o quejas deben dirigirse a la Oficina Administrativa principal de Texas Oncology al 1-800-758-7608.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



### DIVULGACIÓN FINANCIERA DE LA INFORMACIÓN

Como paciente, usted tiene control sobre los registros financieros relativos a su atención médica. No divulgaremos información financiera sin su consentimiento, a menos que haya pruebas de que otra persona tenga autoridad legal para actuar en nombre de usted o que la ley permita la divulgación.

Texas Oncology puede divulgar y hablar sobre asuntos financieros de su cuenta con las personas que se indican en el formulario de *Autorización para divulgar información*. Tenga en cuenta que el personal solicitará elementos identificativos importantes para poder establecer la identidad de la persona. Esto puede incluir el nombre legal completo del paciente, su fecha de nacimiento, dirección, teléfono, garante, afiliado u otros identificadores personales únicos. Para revocar el consentimiento en cualquier momento para alguna de las personas autorizadas, comuníquese directamente con la Oficina Administrativa de su médico. Para revocar el consentimiento, deberá cumplimentar otro formulario de *Divulgación financiera de la información*.

Texas Oncology obtiene los números del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) con fines de reclamaciones y reembolsos. Su información personal está protegida por medidas de seguridad y solo se accede a ella en la medida necesaria para desempeñar las funciones administrativas esenciales. OPCIONAL: Al facilitar a continuación su Número del Seguro Social emitido por el Gobierno, usted otorga su consentimiento para que Texas Oncology obtenga y use esta información:

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Indique si está de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico sobre mis estados de cuenta financieros.
- Otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones por mensaje de texto sobre mis estados de cuenta financieros.
- Confirmando que he recibido el formulario de *Facturación al paciente* y que comprendo los términos y condiciones.

Firme y fecha a continuación:

Firma del paciente o de su representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): \_\_\_\_\_

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firmar a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de entrada en vigor: 23 de septiembre de 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE LOS POSIBLES USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

### **Acerca de nosotros**

En este Aviso, utilizamos términos como "nosotros", "nos", "nuestro" y "práctica" para referirnos a **Texas Oncology**, sus médicos, empleados, personal y otras personas. Todos los centros y ubicaciones de **Texas Oncology** siguen los términos de este Aviso y pueden compartir información médica entre sí con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros propósitos, como se describe en este Aviso.

### **Propósito de este Aviso**

Este Aviso describe cómo podemos usar y revelar su información médica para fines de tratamiento, pago o realizar operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Este Aviso también describe nuestras obligaciones legales para proteger la privacidad de su información médica y explica sus derechos para que esté protegida. Crearemos un registro de los servicios que le proporcionemos, el cual incluirá información sobre su salud. Necesitamos conservar esta información para garantizar que reciba una atención de calidad y para cumplir con determinados requisitos legales relacionados con la atención que reciba. Entendemos que su información médica es personal y nos hemos comprometido a proteger su privacidad y a asegurarnos de que no se utilice de manera inadecuada.

### **Nuestras responsabilidades**

La ley nos obliga a respetar la confidencialidad de su información médica y a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a la misma. También estamos obligados a notificarle en caso de que se vulnere su información médica no asegurada. Cumpliremos con los términos de este Aviso.

### **Cómo podemos usar o compartir su información médica**

**Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que podemos usar y compartir su información médica sin contar con su autorización por escrito:**

**Para fines de tratamiento:** podemos usar y compartir su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, su información médica se compartirá con su oncólogo y otros proveedores de atención médica que participen en su atención. Podemos compartir su información médica con otros oncólogos con el propósito de hacer consultas. También podemos compartir su información médica con su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica para asegurarnos de que tengan toda la información necesaria para diagnosticarle y tratarle.

**Con fines de pago:** podemos usar y compartir su información médica con terceros para que nos paguen o nos reembolsen su tratamiento. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted, a su aseguradora o a otro tercero pagador. La factura puede contener información que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros utilizados en el curso del tratamiento. Además, podemos informar a su plan de seguro médico acerca del tratamiento que esté a punto de recibir con el propósito de obtener la aprobación previa para dicho tratamiento o para determinar si su plan lo cubrirá.

**Para operaciones de atención de la salud:** podemos usar y compartir su información médica para nuestras actividades de negocio. Estos usos y revelaciones son necesarios para las consultas y para asegurarnos de que nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para actividades de evaluación de la calidad, capacitación de estudiantes de medicina, otorgar credenciales necesarias y para otras actividades esenciales. También podemos compartir su información médica con terceros "socios comerciales" que realizan diversos servicios en nuestro nombre, como transcripción, facturación y cobro. En estos casos, celebraremos un acuerdo por escrito con el socio comercial para garantizar que protejan la privacidad de su información médica.

Podemos pedirle que firme con su nombre en una hoja de registro en la recepción, y podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando le llamemos para su cita.

**Recordatorios de citas:** podemos usar y compartir su información médica para comunicarnos con usted y recordarle una próxima cita de tratamiento o de servicios de atención médica.

**Personas relacionadas con su atención o con el pago de su atención y notificación:** si consiente verbalmente el uso o la revelación, y en otras situaciones determinadas, haremos los siguientes usos y revelaciones de su información médica. Podemos compartir con sus familiares, amigos y cualquier otra persona que usted señale que estén relacionados con su atención médica o que ayuden a pagarla, su información médica relevante respecto a la relación que dicha persona tenga con su atención médica o el pago de la misma. También podemos hacer estas divulgaciones después de su fallecimiento.

**Si desea que no compartamos su información médica con un familiar o amigo que esté relacionado con su atención, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla al Gerente de Expedientes Médicos (Medical Records Manager) de su oficina local de Texas Oncology.**

Podemos usar o compartir su información para notificar o asistir en la notificación a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación física en las instalaciones, condición general o fallecimiento. También podemos usar o compartir su información médica con organizaciones de ayuda en caso de catástrofe para que su familia u otras personas que sean responsables de su atención sean notificadas sobre su condición, estado y ubicación.

**También se nos permite (en la medida permitida por la ley aplicable) usar y compartir su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:**

**Según lo exija la ley:** podemos usar y compartir su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos usar y compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa si usted está implicado en procedimiento legal. También podemos compartir su información médica en respuesta a una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otros procesos legales presentados por otra parte de la disputa, pero solo cuando hayamos hecho el esfuerzo de informarle la solicitud u obtener una orden para proteger la información que se ha solicitado.

**Actividades de vigilancia en materia de salud:** podemos usar y compartir su información médica con una agencia que vele por la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de vigilancia son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, el cumplimiento de los programas regulatorios del gobierno y el cumplimiento de las leyes en materia de derechos civiles.

**Cuerpos de seguridad:** podemos compartir su información médica, dentro de los límites, con funcionarios de las agencias encargadas de la aplicación de la ley para varios propósitos diferentes:

- para cumplir con una resolución judicial, mandato judicial, citación, emplazamiento u otro proceso similar;
- para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona extraviada;
- respecto a la víctima de un delito, si ella está de acuerdo o no podemos obtener su anuencia;
- respecto a un fallecimiento, tenemos la sospecha de que es resultado de una conducta delictiva;
- respecto a una conducta delictiva, creemos de buena fe que tuvo lugar en nuestras instalaciones; y
- para reportar un delito que no haya ocurrido en nuestras instalaciones, su naturaleza, lugar donde ocurrió, y la identidad, descripción y ubicación de su autor material, en una situación de emergencia.

**Actividades de salud pública:** podemos usar y compartir su información médica para actividades de salud pública, como las siguientes:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- reportar nacimientos o fallecimientos;
- reportar abuso infantil o negligencia;
- actividades relacionadas con la calidad, la seguridad o la efectividad de productos regulados por la FDA;
- notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que podría tener riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o padecimiento según lo autorizado por ley; y
- notificar a un empleador los hallazgos relativos a una enfermedad o lesión profesional o vigilancia médica general que necesite para cumplir con la ley si se le entrega aviso de dicha divulgación.

**Amenaza seria para la salud o la seguridad:** si hay una amenaza seria para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad pública o de otra persona, podemos usar y compartir su información médica con quien pueda ayudar a prevenir la amenaza o según sea necesario para que las autoridades encargadas de la aplicación de la ley identifiquen o arresten a alguien.

**Donación de órganos/tejidos:** si usted es donante de órganos, podemos usar y compartir su información médica con organizaciones encargadas de la obtención, el trasplante o el almacenamiento de órganos, córneas o tejidos.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos usar y revelar información médica a un médico forense o un examinador médico. Esta divulgación puede ser necesaria para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica, según sea necesario, a los directores de funerarias para ayudarles a realizar sus funciones.

**Indemnización por accidentes de trabajo:** podemos compartir su información médica, según se autorice y en la medida en que sea necesario, para cumplir con las leyes relacionadas con las indemnizaciones por accidentes de trabajo o programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades profesionales.

**Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** podemos compartir información médica con la autoridad gubernamental correspondiente si consideramos que un/a paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o esté autorizado por la ley.

**Actividades de militares y veteranos:** si usted pertenece al ejército, podemos compartir su información médica con las autoridades del mando militar. Puede revelarse información médica de personal militar extranjero a autoridades militares extranjeras.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia:** podemos compartir su información médica con los funcionarios federales autorizados con fines de actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

**Servicios de protección para el presidente y otras personas:** podemos compartir su información médica con los funcionarios federales autorizados para que puedan proveer servicios de protección al presidente y a otras personas, como jefes de estado extranjeros.

**Reclusos:** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley para ayudarles a proporcionar su atención médica, proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para asistir a la seguridad de la institución correccional.

**Investigación:** podemos usar y revelar información sobre su salud para ciertas actividades de investigación sin su autorización por escrito. Por ejemplo, podríamos usar parte de su información médica para decidir si tenemos suficientes pacientes para realizar un estudio de investigación sobre el cáncer. Para ciertas actividades de investigación, una Junta de Revisión Institucional (IRB) o una Junta de Privacidad pueden aprobar los usos y divulgaciones de su información médica sin su autorización.

#### Otros usos y divulgaciones de su información médica que requieren de autorización por escrito:

Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertos por este Aviso se harán solo con su autorización por escrito. Algunos ejemplos:

- **Notas de psicoterapia:** por lo general, no mantenemos notas de psicoterapia sobre nuestros pacientes. Si las tenemos, solo las usaremos y revelaremos con su autorización por escrito, excepto en situaciones limitadas.
- **Comercialización:** solo podemos usar y revelar su información médica para fines de mercadeo con su autorización por escrito. Esto incluiría comunicarnos con usted por cuestiones relacionadas con el tratamiento, cuando recibamos un beneficio financiero por hacerlo.
- **Venta de su información médica:** solo podemos vender su información médica con su autorización por escrito.

Si nos autoriza a usar o revelar su información médica, usted puede modificar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no usaremos ni revelaremos su información médica de acuerdo con lo especificado en su revocación, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acción en función de la autorización que nos otorgó.

#### Sus derechos con respecto a su información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

**Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar una restricción a su información médica que usemos o revelemos para operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. **En la mayoría de los casos no tenemos la obligación de aceptar su solicitud.** Si la aceptamos, atenderemos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe presentar la solicitud por escrito y enviarla a su oficina local de Texas Oncology. Tenemos la obligación de aceptar una solicitud que restrinja una divulgación hecha a un plan de seguro médico para fines de pago o de operaciones de atención médica que no sea requerida de otra forma por ley, si usted, o alguien distinto del plan de seguro médico en su nombre, pagó en su totalidad el servicio o la partida en cuestión con sus propios fondos.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado con respecto a los servicios que recibe de nosotros. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted a su trabajo o solamente por correo electrónico. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla a su oficina local de Texas Oncology. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Intentaremos atender todas las solicitudes razonables.

**Derecho de revisión y copia:** usted tiene derecho a revisar y obtener copia de su información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Para revisar y obtener copia de su información médica, debe presentar su solicitud por escrito cumplimentado el formulario correspondiente que le entreguemos y entregándolo en su oficina local de Texas Oncology. Puede solicitar acceso a su información médica en un formulario y formato electrónico determinado si se pueden producir fácilmente o, si esto no es posible, en un formulario y formato electrónico que ambas partes acordemos. Además, puede solicitar por escrito que entreguemos una copia de su información médica a cualquier persona o entidad que usted designe. Su solicitud escrita y firmada debe identificar claramente a dicha persona o entidad designada y dónde desea que enviemos la copia. Si usted solicita una copia de su información médica, podemos cobrar una tarifa en función de los costos por la mano de obra, los materiales y el envío por correo necesarios para cumplir con su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de revisión y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si no se le da acceso a su información médica, puede solicitar que la denegación sea revisada por un profesional sanitario con licencia de nuestra elección. La persona que haga la revisión será distinta a la que rechazó su solicitud. Respetaremos el resultado de la revisión.

**Derecho de modificación:** si usted considera que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede solicitar su modificación. Usted tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando la información la tengamos nosotros. Para solicitar una modificación, debe presentar su solicitud por escrito cumplimentando el formulario correspondiente que le entreguemos y entregándolo en su oficina local de Texas Oncology.

Podemos rechazar su solicitud de modificación. Si esto sucede, se le notificará el motivo del rechazo y tendrá oportunidad de presentar una manifestación de desacuerdo por escrito ante nosotros, que pasará a ser parte de su expediente médico.

**Derecho a solicitar una lista de divulgaciones:** usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hagamos de su información médica. Tome en cuenta que no es necesario incluir algunas divulgaciones en la lista que le entreguemos.

Para solicitar una lista de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito cumplimentando el formulario correspondiente que le entreguemos y entregándolo en su oficina local de Texas Oncology. Su solicitud debe señalar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y que no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, le cobraremos el costo de proveérselas. Le notificaremos los costos involucrados y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún costo.

**Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque previamente haya aceptado recibirlo a través de un medio electrónico. Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con su oficina local de Texas Oncology. Además, usted puede obtener una copia impresa de este Aviso en nuestro sitio web, [www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com)

#### Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de poner en vigor nuevas disposiciones en el Aviso respecto a la información médica que tengamos actualmente, así como respecto a cualquier información médica que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios sustanciales o importantes a nuestras prácticas de privacidad, modificaremos de inmediato nuestro Aviso. Publicaremos una copia del Aviso vigente en la sala de espera de su oficina local de Texas Oncology. Cada versión del Aviso indicará su fecha de entrada en vigor en la primera página. Las actualizaciones de este Aviso también están disponibles en nuestro sitio web [www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com)

#### Quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, dirija sus consultas a: **Texas Oncology al 1-888-864-ICAN (4226) y pida hablar con nuestro Oficial de Privacidad.** También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **No se tomarán represalias en su contra ni se le penalizará por presentar una queja.**

#### Preguntas

**Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con Texas Oncology al 1-888-864-ICAN (4226) y pida hablar con nuestro Oficial de Privacidad.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Texas Oncology está comprometido con la protección de su privacidad y en garantizar que su información médica sea usada y compartida de manera adecuada. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica todos los usos y divulgaciones potenciales de su información médica por nuestra parte y describe sus derechos respecto a su información médica. **Firme el formulario a continuación para confirmar que ha recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Texas Oncology.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente o de su representante legal: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): \_\_\_\_\_

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_

-OR-

Reason acknowledgment was not obtained:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE FIRMA ELECTRÓNICA

Esta autorización y consentimiento de firma electrónica establece los términos y condiciones que rigen mi consentimiento para firmar documentos de manera electrónica a través del registro electrónico o software del portal de Texas Oncology, P.A. y el uso que haga de los mismos.

1. Reconozco y estoy de acuerdo en que mi firma electrónica será considerada como una firma original para todos los fines y tendrá los mismos efectos que una firma original en un formulario que no sea electrónico.
2. Comprendo que la copia de mi firma almacenada electrónicamente, cualquier instrucción o autorización por escrito, y cualquier otro documento que reciba de Texas Oncology, P.A., serán consideradas como un registro fiel, exacto y completo, con fuerza legal en cualquier procedimiento de la misma forma como si dichos documentos se hubieran generado y conservado físicamente.
3. Estoy de acuerdo en no impugnar la admisibilidad o la exigibilidad de una copia de este o de cualquier otro documento que sea almacenada de manera electrónica.
4. Puedo decidir no firmar este documento de manera electrónica y retirar mi consentimiento para firmar este documento de manera electrónica comunicándome directamente con Texas Oncology, P.A.
5. Puedo comunicarme por separado con Texas Oncology, P.A. para solicitar firmar estos documentos físicamente o para recibir una copia impresa de los documentos firmados.
6. Estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este documento en nombre propio o como representante o tutor legal del paciente o la paciente en cuya representación firmo este documento.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y estoy de acuerdo con la información descrita anteriormente.

Firma del paciente o de su representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): \_\_\_\_\_

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firmar a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_