

"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

Datos del Paciente

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre(inicial)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Genero(Sexo)		Fecha de Nacimiento	
Número de Seguro Social			Teléfono de Casa			Teléfono Celular			
Tel. del Trabajo		Ext		Raza		Etnicidad		Estatus Marital	
Dirección de Reclamo		Número de Apartamento		Cuidad		Estado		Código Postal	
Número Licencia de conducir/ Identificación					Correo electrónico				

Información de Fiador

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Genero(Sexo)		Fecha de Nacimiento	
Número de Seguro Social			Teléfono de Casa			Teléfono Celular			
Dirección del Reclamo		Número de Apartamento		Cuidad		Estado		Código Postal	
Número Licencia de conducir/ Identificación			Número de Teléfono del Trabajo		Ext		Correo Electrónico		

Información de la Primera Seguridad

Nombre de la Aseguranza		Título de Póliza		Número de Identificación		Número de Grupo	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Parentesco		Empleador	

Información de la Segunda Aseguranza

Nombre de la Aseguranza		Título de Póliza		Número de Identificación		Número de Grupo	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Parentesco		Empleador	

Información del Guardian

Si usted no puede acompañar al menor a la clínica, por favor liste a las personas que están autorizadas para acompañar al menor.

Nombre	Parentesco
Nombre	Parentesco

Fuente de Referencia (Requerido) ¿Como se enteró usted de South Alamo Medical Group?

<input type="checkbox"/> compañía de seguro	<input type="checkbox"/> Alguien l(o/a) refirió
<input type="checkbox"/> Evento Comunitario	<input type="checkbox"/> Página web
<input type="checkbox"/> Parentesco con otro paciente de SAMG	<input type="checkbox"/> Otro medio _____



"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

Aviso de Practicas de Privacidad

El paciente reconoce como comprobante este aviso de Practicas de Privacidad de South Alamo Medical Group.

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

Notificacion de Política Financiera del Paciente

He leído y comprendido la Política Financiera del Paciente de South Alamo Medical Group. Yo acuerdo asignar los beneficios del seguro médico a South Alamo Medical Group siempre y cuando sea necesario. **Acuerdo no dirigirme a un médico con respecto a asuntos de facturación/pago**, por lo tanto, debo discutir asuntos financieros directamente con el gerente del departamento de facturas.

Firma del paciente/ representante autorizado

Fecha

Asignación de Beneficios

Yo por lo tanto asigno a SAMG todo tipo de Seguro médico u otros beneficios médicos terceros a mi disponibilidad. Entiendo que SAMG tiene el derecho a rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios médicos. Si dichos beneficios no son asignados a SAMG, yo acuerdo proveer a SAMG todo tipo una copia de Seguros y beneficios terceros que he recibido por servicios médicos inmediatamente así se facturen.

Firma de asegurad(o/a)

Fecha

Autorización Medica (HIPAA)

Autorizo que las personas antes mencionadas reciban resultados del laboratorio, diagnosis general y condición médica (incluyendo tratamientos y facturaciones). Doy por entendido que información relacionad con resultados de laboratorio/diagnosis pretendientes al VIH (SIDA) serán incluidos en la información. Esta lista Incluye a las personas que podrán ser contactadas en caso de emergencia.

Nombre	Relación	Número de Teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Número de Teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Número de Teléfono
--------	----------	--------------------

Por favor anote la dirección donde le gustaría recibir su factura u otro tipo de correspondencia de nuestras clínicas, **solo si la dirección es distinta a la que ya había proporcionado.**

Dirección	Número de Apto/PO BOX	Ciudad	Estado
-----------	-----------------------	--------	--------

Por favor indique si a usted le gustaría recibir correspondencia de nuestras Clínicas en un sobre sellado.

Si No

Por favor indique si un mensaje confidencial puede ser mandado a su buzón de voz.

Si No

(Please check one box below)

Yo autorizo a las personas antes mencionadas; para recibir resultados del laboratorio/ historial médico.

Yo No autorizo que otr(a/o) persona reciba mis resultados del laboratorio o historial médico.

Nombre completo del paciente

Firma del paciente

Fecha

Yo no responsabilizare a los médicos de South Alamo Medical Group o su personal por divulgar información relacionada con mi salud por falta de firma.

En ninguna circunstancia se harán cambios o acuerdos verbales.

ENFERMERA DE PRACTICA AVANZADA/ASISTENTE MÉDICO

Consentimiento para el Tratamiento

Enfermer(a/o) de Practica Avanzada -EPA

Esta Clínica puede tener a su disposición un(a) Enfermer(a/o) de Practica Avanzada para asistir en la administración de servicios médicos.

Un(a) Enfermer(a/o) de Practica Avanzada no está bajo la calificación de un médico (doctor). Un(a) enfermer(a/o) de practica avanzada es un(a) Enfermer(a/o) registrad(a/o) que ha recibido una educación avanzada y entrenamiento en su práctica. Un(a) Enfermer(a/o) de Practica Avanzada puede diagnosticar, tratar, y monitorear enfermedades crónicas y comunes, a la vez pueden proporcionar servicios de mantenimiento de salud. Por lo tanto, un(a) enfermer(a/o) de Practica Avanzada puede tratar laceraciones y otro tipo de lesiones menores.

He leído y comprendido lo antes escrito, por lo tanto, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos de un(a) enfermer(a/o) de Practica Avanzada.

Yo Entiendo que puedo renunciar a los servicios de un(a) Enfermer(a/o) de Practica Avanzada y solicitar a un médico en cualquier momento.

Asistente Medico

Esta Clínica puede tener a su disposición a un(a) Asistente Médico para la administración de servicios médicos.

Un(a) Asistente Médico no es un doctor. Un(a) Asistente Médico ha obtenido una licenciatura del estado y ha sido graduad(a/o) de un programa certificado por el estado. Bajo la supervisión de un médico, Un(a) Asistente medico puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades comunes, enfermedades crónicas y a la vez proporcionar servicios de mantenimiento de salud.

"La supervisión" no requiere monitoreo constante (la presencia del médico); es monitoreo de actividades y la responsabilización del médico supervisor sobre los servicios médicos proporcionados.

Un(a) Asistente Médico puede proveer servicios médicos que están en su rango de educación, entrenamiento y experiencia. Este servicio puede incluir:

- Obtener el historial médico y realizar exámenes físicos
- Ordenar y/o realizar diagnosis médica y procedimientos terapéuticos
- Formular una diagnosis continua
- Desarrollar e implementar un plan de terapia
- Monitoria la efectividad de las intervenciones terapéuticas
- Asistir en cirugía
- Ofrecer servicios de asesoramiento y educación
- Proporcionar muestras de medicamento y recetar prescripciones (consentidas por la ley).
- Referir al paciente a los lugares y médicos apropiados.

He leído y comprendido lo antes escrito, y doy mi consentimiento para recibir servicios de un(a) Asistente Médico.

Yo entiendo que en cualquier momento puedo rechazar los servicios del Asistente Médico y solicitar un médico (doctor).

Nombre completo del paciente

Fecha

Firma del Representante autorizado (letra molde)

Testigo (opcional)



"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

Autorización para la liberación de información (Portal del Paciente)

FIRME AQUÍ para obtener autorización para usted y su Apoderado

Yo autorizo que South Alamo Medical Group (SAMG) libere mi información médica usando la solicitud de (acceso al Portal del Paciente). Yo entiendo y reconozco que este acceso puede incluir información sobre tratamientos terapéuticos y enfermedades mentales, abuso al alcohol, abuso a las drogas, y resultados/diagnosis confidenciales de VIH (SIDA) si estos aplican. Yo entiendo que la autorización de liberación de información médica es completamente voluntaria y puedo reusarme a firmar esta autorización. Yo entiendo que en cualquier momento puedo descontinuar el acceso a Portal del Paciente o descontinuar el acceso de mi apoderado al Portal; llenando la solicitud de "Revocación de acceso al Apoderado que se encuentra debajo.

Al firmar, usted acuerda que SAMG reserva el derecho de modificar, suspender, o terminar el acceso a su discreción. Yo entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada previamente bajo mi permiso. Yo entiendo y acuerdo que SAMG no condiciona ningún tratamiento médico, pago u otro servicio basado en ceder mi autorización. Yo entiendo que esta forma no autoriza la liberación del historial médico del paciente al Apoderado designado (debajo) por ningún otro medio/método. Yo Entiendo que la información que ha sido divulgada/ descargada, puede ser considerada re-divulgada y puede no estar cubierta por la norma de la protección de privacidad. Yo entiendo que si descargo información médica sobre mi salud a un computador u otro dispositivo electrónico yo seré totalmente responsable por su protección.

Nombre del Paciente (letra molde)

Firma del Paciente

Fecha

Revocación de Acceso al Apoderado

Complete esta sección SOLO si a usted le gustaría cancelar el acceso al historial médico para su Apoderado actual.

Yo revoco la autorización al Portal del Paciente de South Alamo Medical Group's al apoderado antes mencionado en la primera página de esta forma, con excepción a lo cubierto en el acceso anterior bajo mi autorización. Esta revocación no tendrá efecto a las acciones tomadas antes de recibir la revocación de acceso por escrito.

Nombre del Paciente (letra molde)

Firma del Paciente

Fecha



"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

revised March 2018

Por favor lea esta forma en su totalidad antes de firmar y completar la sección requerida que apliquen a su decisión sobre la divulgación de su información médica protegida.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

OTROS NOMBRE(S) USADOS: Apellido , Primer Nombre Inicial

FECHA DE NACIMIENTO MES DIA AÑO DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELÉFONO() TEL. ALTERNO() EMAIL DIRRECCION (Opcional):

YO AUTORIZO QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MEDICA SEA DIVULGADA A LOS SIGUIENTES INDIVIDUOS.

Persona/Nombre de Organización Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono () Fax ()

QUIEN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MEDIA

Persona/Nombre de Organización Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono () Fax ()

RAZÓN PARA DIVULGAR (ESCOJA UNA OPCIÓN)

- Tratamiento/Continuación de cuidado medico
Uso Personal
Pagos o reclamos
Seguro
Propósitos legales
Determinación de discapacidad
Escuela
Empleo
Otro

¿CUÁL INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA? Para llenar la siguiente sección, indique cuáles artículos desea que sean divulgados. La firma de un paciente que es menor de edad se requiere para divulgar algunos de estos artículos.

- Toda la Información medica
Historial/Examen físico
Medicamentos anteriores/actuales
Resultados de laboratorio
Ordenes medicas
Alergias de paciente
Reporte de Operaciones
Reportes de consulta
Notas de Progreso
Resumen del Alta Medica
Reportes de pruebas diagnosticas
Reportes de ECG- Cardiología
Reportes patológicos
Información de facturas
Reportes/imágenes de Radiología
Otro

Sus iniciales son requeridas para divulgar la siguiente información:

Expedientes de Salud mental (excluyendo notas de psicoterapia) Información Genética (incluyendo Resultados de prueba Genética)
Expediente de abuso de Drogas, Alcohol, u otras Substancias VIH/SIDA Test Resultados/Tratamiento

Lapso De Tiempo (Efectividad): Esta autorización es válida hasta que lo siguiente ocurra; la muerte del /la paciente; el/la paciente cumple la mayoría de edad, el permiso es retirado; o en la siguiente fecha especificada (opcional): MES DIA AÑO

Derecho De Anular (revocación): Yo comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento presentando un aviso por escrito declarando mi intención de anular esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIEN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACION MEDICA."

FIRMA DE AUTORIZACION: He leído este formulario y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de la información según escrita. Comprendo que el hecho de rehusar mi autorización no detiene la divulgación de información médica que ha ocurrido antes de la anulación o que es permitida por ley sin mi autorización previa.

FIRMA X

FECHA

Firma del Paciente/ Representante Autorizado

Nombre completo de Representante Autorizado (Si Aplica): Padre del Menor Tutor Otro
Se Requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, e.g la divulgación de información relacionada a ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades transmitidas sexualmente, y abuso de drogas, alcohol u otras sustancias, y tratamiento psicoterapéutico

FIRMAX Firma del Menor

FECHA

INFORMACION IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Revised
March 2018

El Procurador General de Texas ha adoptado una autorización para divulgar información médica protegida estándar de acuerdo con el código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d). La Intención del uso de este formulario es para cumplir con los requisitos de la ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la ley de privacidad Médica de Texas (Código de Texas de Salud y Seguridad, Capítulo 181).

Las entidades Cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier formulario conforme a HIPAA, y la ley de Texas De Privacidad Médica y otras leyes aplicables.

Entidades Cubiertas según es definido el termino por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona a su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley (Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, and 164.508).

La autorización proporcionada al usar el formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar comunicar o enviar la información médica protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, inclusive usando cualquier método electrónico

Definiciones - En el formulario, el término "tratamiento", "operaciones de cuidado médico", "notas de psicoterapia", e "información médica protegida" son tal como hayan sido definidas en HIPAA (45 CFR 164.501). "Representante legalmente autorizado" como se usa en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código Laboral de Tex. § 151.002(6); Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 166.164, 241.151; y Código de Texas de Sucesiones § 3(aa)).

Información Médica a ser Divulgada - Si "Toda Información Médica" es seleccionada para ser divulgada, la información médica incluye, pero no se limita a, todos los expedientes y otra información con respecto a antecedentes médicos, tratamiento, hospitalización, pruebas, y tratamiento ambulatorio, y también expedientes educacionales que pueden contener información médica. Tal como es indicado en el formulario, se requiere autorización específica para divulgar información sobre ciertas condiciones delicadas, inclusive:

- Expedientes de salud mental (excluyendo "notas de psicoterapia" según es definido por HIPAA en 45 CFR 164.501).
- Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol, u otra sustancia.
- Expedientes o pruebas relacionadas con el VIH/SIDA.
- Enfermedades o Pruebas genéticas (hereditarias) (salvo si pueden ser Prohibidas por 45 C.F.R. § 164.502).

Aviso de Divulgación de Archivos Médicos - No se requiere este formulario para la divulgación permitida de información médica personal protegida a la persona o al representante legal autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.102). Si con este formulario se está solicitando una copia del expediente médico de la persona, la ley estatal y federal permite tal acceso,

“Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness.”

salvo si tal acceso se determina es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona por un doctor o proveedor de salud mental. (Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 181.102, 611.0045(b); Código Laboral de Texas § 159.006(a); 45C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si un proveedor de atención médica es nombrado específicamente en la sección “Quién Puede Recibir y Usar la Información Médica” de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye a doctores, otros proveedores de atención médica (tal como enfermeras y personal médico) involucrados en el tratamiento médico de la persona en la instalación de la entidad o en la oficina de dicha persona, y proveedores de atención médica que están cubriendo o disponibles para la persona u organización especificada, y personal o agentes (tal como socios u organizaciones de servicio) que realizan actividades y objetivos permitidos por ley para la entidad cubierta o persona especificada. Si se especifica a una entidad cubierta que no sea proveedor de atención médica, el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal de dicha entidad o agentes y subcontratistas que realizan actividades y objetivos permitidos por este formulario para esa entidad. Una persona puede tener derecho a limitar ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionada a servicios pagados enteramente por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Autorizaciones para Propósitos de Ventas o Mercadeo- Si esta autorización se está haciendo con propósitos de ventas o mercadeo y la entidad cubierta recibe remuneración directa o indirecta de terceros en conexión con el uso o divulgación de la información de la persona para mercadeo, la autorización debe claramente indicar a la persona que tal remuneración existe. (Código de Texas de Salud y Seguridad §§181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Costos- Algunas entidades cubiertas podrían cobrar una cuota de recuperación/tramite y por copias de expedientes médicos. (Código de Texas de Salud y Seguridad § 241.154).

Derecho de Recibir Copia - La persona y/o su representante legalmente autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Limitaciones de este formulario- Este formulario de autorización no será utilizado para divulgar cualquier información médica en lo que se refiere a: (1) inscripción en plan de beneficios médicos y/o decisiones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4) (ii), .508(c)(2)(ii); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii); o para propósitos de investigaciones (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). El uso de este formulario no libera de responsabilidad a una entidad de cumplir con las leyes federales o estatales que aplican o reglamentos con respecto a acceder, usar o divulgar información médica u otra información personal confidencial (p.ej., 42 CFR Parte 2, limitando el uso de información relacionada al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados, agentes o asignados a cualquier limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación al acceso, uso o divulgación de la información médica obtenida por medio del uso de este formulario

Aviso De Practicas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA/DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACION.

**POR FAVOR REVISE LO SIGUIENTE DETALLADAMENTE.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION MEDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal, a mantener la privacidad de su información médica. Por igual, tenemos la obligación de dar aviso de nuestras Prácticas de Privacidad, deberes legales, y sus derechos a lo que concierne su información médica. Es Nuestro deber seguir la Practicas de Privacidad que han sido dictadas en este aviso mientras tenga efecto. Este aviso toma efecto **Abril 14, 2003** y se mantendrá en efecto hasta que sea remplazado.

Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de Privacidad o para obtener copias adicionales de esta información, por favor contáctenos usando la información al final de la esta solicitud.

USO Y DULVUGACION DE INFORMACION MÉDICA

Nosotros usamos y divulgamos información sobre su salud para usos de tratamiento, pago, y otro tipo de operaciones médicas. Por ejemplo:

Tratamiento: Se usará/divulgará su información médica a su médico o a cualquier otro proveedor medico a su disposición.

Pago: Se podrá usar/divulgar su información médica para obtener pagos por servicios médicos proporcionados por nuestras clínicas.

Operaciones de salud: Se podrá usar/ divulgar su información médica en conexión a nuestras operaciones de salud. Las Operaciones de Salud incluyen control de calidad y perfeccionamiento de actividades, la evaluación/calificación de nuestro personal profesional, la evaluación de nuestros proveedores médicos y su funcionamiento; para formar programas de entrenamiento, acreditación, certificación, licenciatura u otro tipo de actividades que requieren acreditación.

Su Autorización: En Añadidura a usar su información médica para tratamiento, pago, y otras operaciones de salud, usted puede otorgarnos una autorización por escrito para divulgar su información por cualquier propósito a la persona que usted guste. Si usted otorga este permiso, usted puede revocar/anular el permiso por escrito en cualquier momento. Su anulación no tendrá efecto alguno a la información que ya ha sido usada/divulgada bajo su consentimiento previo. Si usted no otorga el permiso de divulgación por escrito, no podremos revelar su información médica por ninguna razón excepto la que ya han sido estipuladas en este aviso.

A Su Familia y Amigos: SAMG tiene el deber de revelar información médica solo al paciente (usted), tal y como está estipulado en la sección de Los Derechos del Paciente de este aviso. Podemos revelar/divulgar su información médica si usted lo desea a un familiar o amigo con el fin de facilitar sus servicios médicos, o problemas de pago.

Personas involucradas en sus cuidados médicos: SAMG puede usar o revelar su información médica para notificar, o asistir en la Notificacion (incluyendo identificar o localizar) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado médico; de su locación, su condición, o su muerte. Si usted está presente, antes de



"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

revelar su información le comunicaremos y usted tendrá la oportunidad de rechazar tal uso y divulgación. En el caso que usted se encuentre discapacitado o bajo una emergencia, revelaremos su información médica usando nuestro juicio profesional, revelando solo información que está directamente relacionada a los servicios que esa persona le otorga. A la vez usaremos nuestro juicio profesional y experiencia de práctica común para determinar si es conveniente otorgarle información a la persona que recoge sus medicamentos, suministros médicos, Rayos Xs, u otros documentos pertinentes a su salud.

Mercadeo y otros Servicios Medico-Relevantes: SAMG no usara/divulgara su información médica para crear un enlace de comunicación con fin de mercadeo/ventas sin obtener su autorización previamente, por escrito.

Requerido Por la Ley: SAMG puede revelar su información cuando esta requerido por la ley federal y estatal.

Abuso o Negligencia: SAMG puede revelar su información médica a las autoridades correctas, si hay señales de abuso continuo, negligencia, abuso doméstico o si es usted la posible víctima de otro crimen. Podemos revelar su información al punto necesario, para prevenir una amenaza seria a su salud, su seguridad y la de otros.

Seguridad Nacional: Nosotros podremos revelar/ divulga a autoridades militares la información médica del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podremos revelar información a la autoridad federal, información médica requerida legalmente para fines de espionaje, contraespionaje, y otro tipo de seguridad nacional. Revelaremos/ divulgaremos su información a institutos penales o a los funcionarios encargados de incumplir la ley que tiene derecho a su información médica bajo ciertas circunstancias.

Recordatorio de Citas: Podremos revelar su información médica para proporcionale recordatorios de citas (como Correo de voz, mensajes, tarjetas postales, o cartas).

Derechos del Paciente

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar o recibir copias de su información médica (existen ciertas limitaciones). Usted puede solicitar copias impresas en cualquier formato. Usaremos el formato que usted prefiera, a no ser que no sea practico para nuestras clínicas. Deberá solicitar acceso por escrito para obtener su información médica. Puede obtener una solicitud de acceso al contactarnos directamente usando la información de contacto al final de este aviso. Le cobraremos una cuota justa basada en el número de copias y el tiempo de nuestro personal. Usted puede solicitar una copia por escrito al mandarnos una carta a la dirección que se encuentra en la última página de este aviso. Si usted solicita copias de su información le cobraremos a base de (nuestros cargos para copias de expedientes especificadas en este aviso) más el costo de envío y empaque. Si usted requiere otro formato, le cobraremos es costo del formato requerido. Si usted así lo prefiere le proporcionaremos un resumen explicando su estado medico por un costo base. Contáctenos usando la información que se encuentra al final del aviso para una explicación completa de nuestros costos.

Revelación de contabilidad: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los momentos en que se revelo/ divulgo su información médica por nuestros empleados, por algún otro motivo que no sea, motivo de pago, tratamiento, y otros tipos de operaciones de salud, por los últimos 6 años; pero no antes del 14 de Abril, 2003. Si usted requiere más de una copia de la contabilidad por un periodo de 12 meses, reservamos el derecho de incluir un costo razonable.

Restricciones: Usted tiene el derecho de incrementar las restricciones en el uso de su información médica. No tenemos que estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, si estamos de acuerdo, seguiremos sus especificaciones (excepto en caso de emergencia).



"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

Comunicación alterna: Usted Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto a su información médica de alguna otra manera. Usted tiene que solicitar este cambio de por escrito, su solicitud tiene que especificar las maneras alternativas para iniciar el contacto, y especificar una forma de pago alterna.

Aviso Electrónico: Si usted recibe un aviso electrónico en su página o un correo electrónico, tiene el derecho de recibir este aviso de forma escrita.

Preguntas/ Reclamos

Si a Usted le gustaría obtener más información sobre nuestras Prácticas de Privacidad o tiene alguna pregunta/reclamo, por favor no dude en contactarnos.

Si usted sospecha que hemos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con alguna decisión echa por nuestras clínicas a lo que concierne la divulgación de información médica, nuestras acciones en base a su solicitud para restringir el uso/divulgación de su información médica. A la vez si a usted le gustaría que lo contactemos de una manera alterna, puede presentar un reclamo usando la información de contacto al final de este aviso. Usted puede enviar su reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales nosotros le proporcionaremos la dirección correcta.

En SAMG respetamos sus derechos de privacidad sobre su información médica. No tomaremos represaría alguna si usted decide presentar un reclamo al departamento de Salud y Servicios Sociales.

**Contacte a la oficina del:
Coordinador de Pacientes
Teléfono: (210) 928-4894
Fax: (210) 928-4806
Dirección: PO Box 240490
San Antonio, TX,78224
Correo electrónico: feedback@samedgrp.com**

Política Financiera del Paciente

Gracias por elegir South Alamo Medical Group (SAMG) como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a construir una relación médico-paciente exitosa con usted y su familia. Su claro entendimiento de la política financiera del paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor, entienda que el pago de servicios es una parte de esa relación. Por favor pregunte si tiene cualquier duda sobre nuestras tarifas, nuestras políticas o sus responsabilidades. Es su responsabilidad de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio de información del paciente (por ejemplo, dirección, nombre, información de seguro, teléfono y correo electrónico etcétera).

Co-Pagos y Deducibles:

Se espera que el paciente presente una tarjeta de seguro en cada visita. Todos los pagos y saldos vencidos deben pagarse en el momento de registrarse a menos que se hallan hecho arreglos previos con un cobrador de facturas. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, o compruebe.

NO se aceptarán cheques con fecha adelantada o fondos insuficientes.

Reclamo de Seguro:

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, no somos parte de este contrato. Cobramos a su principal compañía de seguros como una cortesía hacia usted. Para poder cobrar correctamente a su compañía de seguros requerimos que usted revele toda la información de seguros primario y secundario, así como, cualquier cambio de información sobre el seguro. Falta de información completa de seguro puede resultar en responsabilidad del paciente de la

cuenta entera. Aunque no podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía de seguros que hace la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros, usted estará de acuerdo en pagar cualquier porción de los gastos no cubiertos por el seguro, incluyendo, pero no limitado a los cargos por encima de la prestación habitual y acostumbrada. Si estamos fuera de la red de su compañía de seguros y su seguro paga directamente, usted es responsable del pago y acuerda remitir el pago a nosotros inmediatamente. Si su plan de seguro es uno que no somos un proveedor participante, usted será responsable del pago en su totalidad. Sin embargo, como cortesía, nos presentará su reclamo inicial del seguro y si no paga dentro de los 30 días usted será responsable.

Cuentas por Pagar:

Cuentas por pagar son pacientes sin cobertura de seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en el que la oficina no participa o sin una tarjeta de seguro con nosotros. Es siempre la responsabilidad del paciente para saber si nuestra oficina está participando con su plan. Si hay problema con su información, el paciente se considerará responsable a menos que se demuestre lo contrario. Pacientes se referirán al programa de asistencia de la familia para solicitar un descuento antes de la cita inicial. Si la solicitud es rechazada por el paciente, estarán obligados a pagar el costo de consulta en la cita inicial y se le pedirá que haga arreglos de pago para el saldo. Por favor pida hablar con un cobrador de facturas para discutir un plan de pago mutuamente acordado. No es nuestra intención causarles dificultades a nuestros pacientes, sólo para brindarles la mejor atención posible y menos inconveniencias.

Programa de Asistencia Financiera

South Alamo Medico Grupo ofrece un programa de descuento de tarifas, adecuadas a todos los que no pueden pagar por sus servicios y recibir atención en los siguientes lugares: 7355 Barlite Suite 301, 201, 504 y 44203 E. Southcross Blvd. La elegibilidad para el programa de descuento se basa en la capacidad del solicitante para pagar y asegura no discrimina por razón de edad, género, raza, religión, discapacidad u origen nacional. Índice de elegibilidad es determinada por las reglas federales de pobreza (<http://aspe.hhs.gov/poverty>). Por favor preguntar a nuestro personal de admisiones o póngase en contacto con el Coordinador del programa asistencia financiera en 210-242-2000 para ver si usted califica para el programa.

POLITICA FINANCIERA DEL PACIENTE(continuación)

Medicare

Aceptamos asignación de reclamaciones de Medicare. Los pacientes de Medicare se espera que pague su deducible anual (si no se cumplen) y 20% de copago. Si en el momento del servicio proporcionar tarjeta de Medicare y tiene un reemplazo de HMO con otro proveedor de atención primaria, será totalmente responsable de los servicios proporcionados a usted. ** Deducible anual de Medicare de \$183,00 para 2018 **

Medicaid

Si su cobertura esta activa, nos presentará su reclamo. Traer comprobante de cobertura de cada visita. Si en el momento del servicio proporcionara tarjeta de Medicaid y un reemplazo de HMO con otro proveedor de atención primaria, será usted totalmente responsable de los servicios.

Pruebas de laboratorio

El laboratorio no asociado con SAMG. El laboratorio que participa con su compañía de seguros le cobrara. Si tienes alguna duda de cobro del laboratorio, hablar directamente con laboratorio.

Accidentes automovilísticos / compensación:

No cualquier accidente de vehículo de Motor (MVA) y facturación de terceros o compensación. SAMG referirá a los proveedores médicos que le proporcionará este tipo de atención.

Cheques devueltos

Se cobrará un cargo por fondos insuficientes extra de \$35 en efectivo o giro postal. Esto se aplicará a su cuenta además de la cantidad de fondos insuficientes. Usted deberá pagar en efectivo en caso de que su cheque sea devuelto.

Copias de Expedientes Médicos

Se le cobrara al paciente el total de \$6.50 por solicitar copias de registros médicos, sin importar el número de páginas Abogados y Compañías de seguros que soliciten copias de expedientes médicos se les cobrara lo siguiente.

\$25.00 por las primeras 20 paginas, y después \$0.50 por página.

\$25.00 por facturación detallada.

\$25.00 por declaración Jurídica/citación y servicio notarial

Menores

Los padres o tutor legal, es responsable por el pago completo en el momento del servicio. Un acuerdo será firmado para el tratamiento si es necesario en menores no acompañados.

Política de Saldo

Es nuestra política de oficina que todas cuentas vencidas enviarán dos cobros. Si el pago no se realiza en la cuenta, se realizará una sola llamada de teléfono para tratar de hacer arreglos de pago. Si no puede solucionarse, la cuenta se enviará a la Agencia de colección, o abogado y sus atenciones médicas serán cancelados.

En el caso de que la cuenta sea mandada para la Agencia de colección, la persona será responsable de la cuenta y de todos los gastos de colecciones incluyendo honorarios de abogados y costos judiciales.

Independientemente de las disposiciones personales que un paciente podría tener fuera de nuestra oficina, si es más de 18 años de edad y recibe el tratamiento, será responsable del pago del servicio. Nuestra oficina no le mandara cobros a ninguna otra persona o agencias

Esta Política Financiera ayuda a facilitar el cuidado que nuestras oficinas les otorgan a nuestros pacientes. Si usted tiene alguna pregunta o necesita clarificación sobre cualquier tipo de política, no dude en contactarnos.



"Our mission is to provide exceptional health care services with compassion and promptness."

Correo:

El correo debe ser dirigido a:
South Alamo Medical Group, PO Box 240490, San Antonio, TX 78224
Teléfono de la oficina central: (210)222-0333
Fax: (210)928-4837

Estamos Ubicados en:

Downtown 740 South Alamo St. San Antonio, TX 78205	Northwest 9215 Westover Hills Blvd San Antonio, TX 78251	Southside- Adultos 7355 Barlite Blvd, Suite 301 San Antonio, TX 78224	Southside- Adultos 7355 Barlite Blvd, Suite 504 San Antonio, TX 78224
Clinica Pedriatica 7355 Barlite Blvd, Suite 201 San Antonio, TX 78224	Endocrinologia 7355 Barlite Blvd, Suite 401 San Antonio, TX 78224	Southeast 4203 E. Southcross Blvd San Antonio, TX 78222	Departamento de Facturas 921 Matagorda St San Antonio, TX 78210