

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES (PIMA)

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

Teléfono (432) 332-3400 Fax (432) 332-6500 www.pima1.com Portal del Paciente: <http://9460.portal.athenahealth.com>

REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES / PAQUETE DE INFORMACION

Fecha _____ 202_____

Referido/a Por _____ Medico Primario _____

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha de Nacimiento _____

Apellido(s) _____ Primer Nombre _____ I.S.N _____

Género: Hombre Mujer Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Número de Seguro Social _____ Número de Licencia _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Tel Casa (_____) _____ # Tel Celular (_____) _____ # Tel Otro (_____) _____

Correo Electrónico: _____

(del paciente o familia que está autorizado/a para obtener su información médica.

Esto es estrictamente solo para su información médica sin solicitud.)

Empleador/Escuela _____ Dirección: _____

¿El paciente es menor de edad? Si No (En caso de que sí, la persona que acompaña al paciente es el garante)

INFORMACION DEL GARANTE:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Relacion _____

Dirección: _____ # Telefono _____

**** NECESITAMOS HACER UNA COPIA DE SU TARJETA(S) DE SEGURO Y LICENCIA ****

Seguro Primario _____ Teléfono del Seguro _____

Nombre en la Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

ID# _____ # De Grupo _____ Relación con el Asegurado _____

Seguro Secundario _____ Teléfono del Seguro _____

Nombre en la Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

ID# _____ # De Grupo _____ Relación con el Asegurado _____

Divulgación de interés:

Doctores Suresh y Kalpana Prasad tienen intereses de propiedad en ORMC y, como resultado, pueden beneficiarse financieramente de la remisión de servicios a ORMC en forma de mayores dividendos o distribuciones. Háganos saber si tiene alguna inquietud con respecto a la relación financiera entre los doctores Prasad y ORMC. Tiene la opción de utilizar un centro de atención médica alternativo.

Cesión y Liberación:

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro. Asigno directamente a SURESH PRASAD MD, PA; Permian Internal Medicine Associates (PIMA); todos los beneficios del seguro, si se me pagan de otro modo por los servicios prestados, **entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro.** Autorizo al consultorio médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Reconocimiento de telemedicina:

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos de videoconferencia interactivos seguros y dispositivos de audio que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios. Se me ha puesto a mi disposición una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Reconocimiento:

Reconozco que se me ha puesto a mi disposición una copia del procedimiento de la oficina y la póliza financiera, divulgación de información, póliza de litigios, póliza de HIPPA, participación de Evolent ACO establecida por PIMA. Mi firma a continuación indica que acepto los términos proporcionados.

X _____

Firma del Paciente o Garante

Fecha:

PIMA Procedimientos de Oficina y Póliza Financiera

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

Permian Internal Medicine Associates (PIMA) se dedica a brindar atención y servicio de calidad a cada uno de nuestros pacientes. Entendemos que los problemas relacionados con el seguro médico se han vuelto cada vez más complejos y, con eso en mente, creemos que una comprensión completa tanto de los procedimientos de nuestra oficina como de la política financiera es un elemento esencial de su atención y servicio. Por lo tanto, se adopta el siguiente Procedimiento de Oficina y póliza Financiera, ejecutado con su firma.

CITA / CANCELACIÓN:

- Una llamada telefónica automatizada o un personal de la oficina lo llamarán y le recordarán de su cita 24 a 48 horas antes de la cita, además de darle una tarjeta con fecha y hora cuando realice su pago.
- Si no puede atender la cita, le pedimos que llame al menos 24 horas antes de la cita para que se le pueda dar el horario a otro paciente. **Es posible que se le cobre una tarifa de servicio de oficina por faltar a su cita.** Si no recibimos ninguna indicación para usted, un personal de la oficina se comunicará con usted para darle la oportunidad de reprogramar la cita. Si no recibimos ninguna palabra de usted, esto aparecerá en su expediente como "NO SHOW". **Tres citas consecutivas de "NO SHOW" resultarán en la terminación de la relación médico-paciente.**
- A partir del **1 de marzo de 2022**, cualquier paciente que no se presente o cancele/reprograme una cita y no se haya comunicado con nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación se considerará **NO PRESENTADO** y se le cobrará una **tarifa de \$ 25.00**.
- Como con cualquier consultorio médico, pueden ocurrir demoras debido a situaciones de emergencia imprevistas. Tenga paciencia con nosotros mientras trabajamos en estos tiempos. El mismo cuidado y dedicación se le brindará durante su cita. Lo mantendremos informado sobre el tiempo de retraso anticipado, sin embargo, no dude en reprogramar su cita si es necesario.
- Tratamos de acomodar a nuestros pacientes establecidos si están enfermos, aunque no tengan una cita programada. Con eso en mente, es posible que deba esperar más que el paciente que ya tiene una cita programada.
- La mayoría de las veces tratamos de ver a nuestros pacientes cuando se registran, pero es posible que tengamos que ver a un paciente enfermo fuera de la orden escrita.

REPUESTO DE MEDICAMENTOS:

- **Traiga todos los medicamentos en sus envases originales a cada visita.** Si necesita una receta para uno de sus medicamentos regulares, **preferimos que solicite su repuesto en el momento de su visita al consultorio o que lo solicite a través del portal del paciente.** También puede comunicarse con su farmacia con dos semanas de anticipación y pedirles que envíen una solicitud a nuestra oficina. Las solicitudes de repuesto de medicamentos se pueden procesar en línea desde el Portal del paciente de Athena. Puede acceder al portal del paciente desde nuestra página web www.pima1.com o visitando <http://9460.portal.athenahealth.com>. Tenga en cuenta que **NO** abrimos los sábados y domingos y no se realizan recargas durante estos días, así como los días festivos. **Podemos denegar el repuesto de su receta si no ha estado en nuestra oficina durante más de 6 meses, a menos que se haya programado una cita de seguimiento.**

SUSTANCIAS DE CONTROL:

- Nuestro consultorio por lo general **NO** receta ningún medicamento que pueda requerir una receta "por triplicado".
- **La receta o el resurtido de un medicamento narcótico, un medicamento para bajar de peso, un medicamento contra la ansiedad y una pastilla para dormir se hace solo en el momento de una visita al consultorio o durante las horas regulares de la oficina. No se llenará más de un período de 30 días a la vez** para la mayoría de las circunstancias. **Las sustancias controladas no se volverán a recetar si no ha estado en nuestra oficina durante más de 90 días para ver a uno de nuestros proveedores.**
- Los pacientes también aceptan no compartir, vender ni intercambiar ninguno de estos medicamentos con nadie. Los pacientes no deben intentar obtener ninguna de estas sustancias controladas de ningún otro médico, a menos que se haya discutido, documentado y acordado previamente con el proveedor de PIMA. Si recibimos una notificación/alerta de una farmacia de que se han realizado varias recetas del medicamento con posible abuso que involucran a varios proveedores, se dará por terminada la relación médico-paciente. Si necesita medicación adicional, se le solicita que busque un especialista en manejo del dolor o un psiquiatra.

RESULTADOS DE LABORATORIO/RADIOLOGÍA:

- Por favor permite 7 días para **TODOS** los resultados de laboratorio y radiología, incluidas radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, etc. Nuestros personales tratan de ser diligente en los resultados de laboratorio e imágenes correspondientes. Sin embargo, si le han hecho análisis de laboratorio y/o estudios por imágenes y **no ha recibido los resultados dentro de dos semanas, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina para obtener los resultados.** Además, **es posible que no reciba una llamada de nuestra oficina o que reciba una llamada telefónica automatizada, si sus laboratorios son normales/no preocupantes y se colocaría en el portal del paciente.** Puede acceder a sus laboratorios y a cualquier estudio de imágenes a través del portal del paciente.

PÓLIZA FINANCIERA:

- Se recomienda pagar los copagos al registrarse. Los saldos anteriores se cobrarán ANTES de ver al médico en el consultorio. El paciente puede ser reprogramado si no se paga el saldo o no se han cumplido los arreglos previos. Con mucho gusto aceptamos efectivo, cheques, giros postales, care credit y todas las principales tarjetas de crédito, así como cheques posfechados. También podemos tener la información de su tarjeta de crédito en archivo para pagos recurrentes autorizados por usted. **Si su balance supera los \$200, es posible que se le pida que firme un plan de pago. La falta de pago de las cuotas puede resultar en la terminación de la relación médico-paciente.**
- Como cortesía a nuestros valiosos pacientes, participamos con muchos de los principales planes de salud. Sin embargo, usted es el responsable final del pago de los servicios. Tenga en cuenta el beneficio específico de su plan. Si su compañía de seguros no paga de manera oportuna, entonces será responsable de pagar el saldo. Por lo tanto, es su responsabilidad conocer y comprender el paquete de beneficios asociado con su plan, incluidos los copagos, el coseguro, el deducible, los requisitos, los servicios no cubiertos y las restricciones.
- Habrá un cargo en todos los cheques devueltos. Los cheques devueltos se remitirán a la agencia de cobro externa, que los enviará al secretario del distrito/condado para su cobro.
- NO participamos en Medicaid ni en el Seguro de Compensación Laboral.
- Si bien se hace todo lo posible para verificar el seguro y la fuente del pagador antes de su cita, a veces esto puede no ser posible. Si no podemos verificar la fuente del pagador, le brindaremos la oportunidad de pagar el servicio prestado como "GASTO DE BOLSILLO". Los detalles de los cargos están disponibles con un personal de la oficina. La oportunidad de reprogramar la cita estará disponible si es necesario.
- NO realizamos facturación interna, pero un personal de recepción estará encantado de explicarle cualquier pregunta relacionada con su balance. Hemos cambiado nuestro software de facturación a partir de octubre de 2014, por lo que puede haber cierta confusión entre los balances viejos y nuevos y haremos todo lo posible para resolver satisfactoriamente cualquier problema relacionado con la facturación.

TELEMEDICINA

- Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.
- Se aplica el mismo estándar de atención a una visita de telemedicina que a una visita en persona.
- No estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la habitación.
- Existen riesgos potenciales relacionados con el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas.
 - Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi registro médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
 - Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome con Permian Internal Medicine al 432-332-3400.
- Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
- Mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para fines de programación y facturación.
 - Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para revisión/auditoría de calidad.
 - Entiendo que seré responsable de cualquier gasto de mi bolsillo, como copagos o coseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
 - Entiendo que las pólizas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
- He recibido y reconocido el Consentimiento informado de telemedicina que se me proporcionó.

PIMA Procedimientos de Oficina y Póliza Financiera continuado

SEGURO

- Una tarjeta de seguro **DEBE** estar disponible para nosotros **ANTES** de que lo atiendan como paciente y cada vez que cambie de compañía de seguros. Si no proporciona la tarjeta de seguro actual de manera oportuna, será responsable del total de la denegación. Aunque podemos estimar lo que pagará su seguro, es la compañía de seguros la que toma la determinación final de su responsabilidad. Usted es responsable de cualquier balance NO pagado por el seguro al menos que es cancelado debido a un contrato que tenemos con su compañía de seguros.
- Si corresponde, nuestra oficina presentará reclamos de seguro. Usted acepta permitir que nuestra práctica "acepte la asignación" de beneficios y reciba el pago directamente de su compañía de seguros. En caso de que su aseguradora le envíe directamente el pago de un reclamo desde nuestra oficina, usted acepta endosar el pago a nuestra práctica para cumplir con cualquier monto adeudado dentro de los 10 días posteriores al matasellos.

"IN-NETWORK" se refiere a las compañías de seguros en las que tenemos un acuerdo contractual. Si PIMA o sus proveedores están "dentro del network", hemos acordado una escala salarial con la compañía de seguros. En otras palabras, hemos acordado una tarifa con descuento para los suscriptores de la compañía de seguros con la que estamos contratados. Cualquier balance después de que la compañía de seguros haya realizado el pago según el acuerdo contratado será responsabilidad del paciente. Es su responsabilidad averiguar con su compañía de seguros si su proveedor está en su red de seguros o no.

"OUT OF NETWORK / NON-PARTICIPATING" significa que NO tenemos un contrato con su compañía o plan de seguros. En estos casos, facturaremos a su compañía de seguros como cortesía. Tenga en cuenta que en estas situaciones puede incurrir en más gastos de bolsillo por los servicios en comparación con los servicios prestados dentro del network.

"ACEPTAR ASIGNACIÓN" significa que aceptamos el pago de la compañía de seguros por los servicios prestados. Cualquier balance después de recibir el pago del seguro será responsabilidad del paciente.

"SELF PAY" es el término utilizado para los pacientes que se presentan sin información del seguro. Los pacientes que paguen por cuenta propia deberán pagar el costo estimado de los servicios antes de que se presten.

REFERENCIAS / PRECERTIFICACIÓN

- Si su compañía de seguros requiere una remisión o autorización, usted es responsable de obtenerla **ANTES** de su cita programada. Como cortesía, PIMA lo ayudará a cumplir con las certificaciones previas requeridas por su seguro. Sin embargo, tenga en cuenta que todos los cargos seguirán siendo su responsabilidad.

CUENTAS VENCIDA

- Si no ha pagado su balance y han pasado 3 ciclos de facturación y su cuenta se atrasa, tomaremos todas las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si su cuenta es referida a una agencia de cobro, usted acepta pagar los costos adicionales incurridos. Hasta que el balance se pague por completo o se realicen los arreglos de pago adecuados, PIMA se reserva el derecho de cancelar su privilegio de realizar cargos en su cuenta. Las visitas futuras deberán pagarse en su totalidad en el momento del servicio. La mayoría de los balances son pequeños y se pueden liquidar fácilmente viniendo a la oficina.
- También enviaremos su cuenta a una agencia de cobranza externa si no se ha esforzado por pagar su balance pendiente, lo que puede afectar su puntaje crediticio.

TRATAMIENTO DE UN MENOR

Si un paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o guardián debe firmar a continuación. El padre, guardián o menor no acompañado es responsable del pago adeudado en el momento del servicio, así como de proporcionar las referencias y tarjetas de seguro requeridas.

PLANES DE VEHÍCULOS DE MOTOR

En la mayoría de los casos, consideramos que se trata de un asunto privado entre usted y su compañía de seguros de automóviles. Es posible que su compañía de seguro médico no cubra los servicios; por lo tanto, esperaremos el pago en todas y cada una de las visitas. **TODOS** los balances serán responsabilidad del paciente. **PIMA NO presenta reclamos a las compañías de seguros de automóviles ni acepta gravámenes.**

EVALUACIÓN POR ASISTENTE MÉDICO (PA) o ENFERMERA PROFESIONAL (NP):

Es posible que se le solicite que lo siga un PA/NP para evitar un tiempo de espera más largo y citas más rápidas según la gravedad de sus enfermedades. Los asistentes médicos (PA) o enfermeras practicantes (NP) tienen una educación médica generalista y su práctica está estrechamente coordinada con los médicos. El alcance de la práctica de cada PA/NP está definido por las decisiones de delegación del médico supervisor, de acuerdo con la educación y experiencia del PA/NP, la póliza de la clínica y las leyes

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

estatales. PA/NP brinda atención en una variedad de entornos de práctica, PA/NP no solo puede realizar una variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sino que también mejora la coordinación de la atención y la satisfacción del paciente.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA/HOSPITAL:

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Allí lo verá el médico de la sala de emergencias. En caso de necesitar hospitalización, contactarán con un Hospitalista. Tenga en cuenta que el Dr. Suresh Prasad, la Dr. Kalpana Prasad o sus PA/NP **NO** van al hospital a controlar a sus pacientes. Todos sus pacientes serán atendidos por el hospitalista, si tienen alguna pregunta o inquietud sobre su salud, generalmente hablan con los proveedores respectivos mientras está en el hospital. Cualquier paciente que sea admitido en el hospital será visto por un médico/hospitalista diariamente, pero **NO** hay un horario fijo para que hagan rondas en el hospital.

CONCENTRACIÓN GENERAL PARA CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO:

Tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros. involucrado. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada. Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina. El consentimiento tendrá plena eficacia hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con sus proveedores sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le ordenen. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a que haga preguntas. Ambos médicos también son profesores clínicos honorarios en Texas Tech University, es posible que tengamos estudiantes de medicina y residentes, NP-S o PA-S de vez en cuando como observadores.

Nuestros proveedores también participan en Evolent Care Partners, una Organización de Atención Responsable que es un Programa de Ahorros Compartidos de Medicare. Una ACO es un grupo de médicos, hospitales y/u otros proveedores de atención médica que trabajan junto con Medicare para brindarle un servicio y una atención médica mejores y más coordinados. Compartimos información y recursos importantes sobre sus necesidades y preferencias individuales.

Solicito voluntariamente un médico y/o un proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según se considere necesario, para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. También doy mi consentimiento para la prueba del VIH cuando y si se considera médicamente necesario. Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a su contenido.

Reconocimiento:

Reconozco que el PROCEDIMIENTO DE LA OFICINA Y LA POLIZA FINANCIERA establecidos por Permian Internal Medicine Associates se han puesto a mi disposición. Mi firma a continuación indica que acepto los términos provistos y entiendo que dichos términos pueden modificarse ocasionalmente sin notificación al paciente/garante.

X _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha

Permian Internal Medicine Associates

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A LA FAMILIA:

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMINETO:** ____/____/____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS:

- DEBEMOS tener una autorización del paciente o tutor antes de divulgar cualquier información sobre el paciente. Solo divulgaremos la información médica a la persona autorizada por el padre/tutor (miembro de la familia o contacto de emergencia QUE NO SEA USTED MISMO).

Por favor, especifique el contacto de emergencia.

Nombre: _____ # Celular: _____ # Casa: _____

Liberación de Información

La información sobre mi tratamiento médico y la información de facturación en Permian Internal Medicine Associates puede divulgarse a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esta AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE permanecerá vigente hasta que se modifique, por escrito, a petición mía.

Nombre	Teléfono	Relación al Paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NO doy permiso a Permian Internal Medicine y su personal para divulgar mi información médica (incluidos LABORATORIO, RAYOS X, MRI, PRUEBA(S) DE ESTRÉS, ETC.) a **nadie**.

X _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha

Permian Internal Medicine Associates

Suresh Prasad MD, FACP

403 Pittsburg Ave
Teléfono (432)332-3400

Kalpana K. Prasad MD, FACP

Odessa, Texas 79761
Fax (432)332-6500

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMINETO:** ____/____/____

POLIZA DE LITIGIOS

Doctores Suresh y Kalpana Prasad, NO verán a ningún paciente que pueda resultar en que él/ella o cualquiera de sus empleados se vea involucrado en algún tipo de litigio. Esto incluye testimonio como testigo de hecho, testimonio como testigo experto, declaración oral o escrita, o cualquier tipo de contacto con un abogado.

Si ha contratado a un abogado, o si está considerando la participación de un abogado en relación con la afección médica por la que desea recibir tratamiento, comprenda que NO lo atenderán en ninguna circunstancia, SIN EXCEPCIONES.

He leído y entiendo a la “POLIZA DE LITIGIO” de los Doctores Suresh y Kalpana Prasad.

X _____

Firma del Paciente o Garante

Fecha:

Permian Internal Medicine Associates

403 Pittsburg Avenue
Teléfono (432)332-3400

Odessa, Texas 79761
Fax (432)332-6500

FORMULARIO DE DIVULGACION DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social : _____

Solicito y autorizo Permian Internal Medicine Associates a:

() Publicar la siguiente **información a:** Nombre de Lugar/Persona _____

() Publicar la siguiente **información de:** Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono\ Fax: _____

Divulgar con el propósito de:

- | | |
|---|--|
| () Atención continuada por otro proveedor de atención médica | () Registros Médicos Completos |
| () Seguro | () Resultados de Laboratorio |
| () Abogado | () Especialidad Específica |
| () Escuela | () Resultados de Rayos X |
| () Revisión Personal | () Otro (por favor especifique) _____ |

Entiendo y acepto que la información que autorizo que se divulgue puede incluir:

- Resultados de las pruebas de SIDA\VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada
- Resultados de la prueba de detección de drogas e información sobre el uso y tratamiento de drogas o alcohol; o
- Información de salud mental

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES (O AL CENTRO DE RENUNCIA), excepto en el extremo de que se han tomado medidas en base a esta. A menos que se revoque antes, esta autorización vence 365 días a partir del día de la firma o 365 días a partir del Día posterior a la última visita de PIMA o después de que se haya pagado o resuelto satisfactoriamente todo el seguro de reclamos de terceros, lo que ocurra último

Liberación de responsabilidad, libero y acepto eximir de responsabilidad a PIMA (O INSTALACIÓN QUE RENUNCIA) y sus agentes, representantes y empleados de toda responsabilidad asociada con la divulgación de información confidencial del paciente de acuerdo con esta autorización. Entiendo que PIMA (O LA INSTALACIÓN DE DIVULGACIÓN) no se hace responsable del uso o la divulgación de información por parte de terceros.

A la parte receptora de esta información, se le ha revelado con el único propósito establecido en esta autorización. Queda prohibido cualquier otro uso de esta información sin el consentimiento expreso por escrito del paciente. Estos registros pueden estar protegidos por la regulación federal.

Si los Servicios de salud (INCLUYENDO EXÁMENES Y DETECCIONES DE DROGAS) se brindan a pedido de mi empleador (O EMPLEADOR POSIBLE) y/o los paga, entiendo y acepto que todos los registros e información relacionados con los servicios de atención médica que se me brindan se puede entregar directamente a mi empleador y si deseo obtener dicha información, debo comunicarme con mi empleador/empleador potencial.

Para hacer una copia de los registros médicos para copia personal o la transferencia permanente de su registro, habrá un cargo de \$25 por las primeras 20 páginas y luego \$.50 por cada página adicional a partir de entonces. Los registros en formato electrónico tendrán un cargo de no más de: \$25 por 500 páginas o menos; \$50 por más de 500 páginas. Además, el costo real del envío también se cobrará según la regla del Código Administrativo de Texas 165.2 Los registros se enviarán por correo una vez que se haya recibido el pago.

Certifico que se me ha explicado completamente este formulario y que lo he leído o me lo han leído y entiendo su contenido.

x _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha:

Testigo \ Traductor

Nombre

Nombre y Relación al Paciente

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Recibido por: _____ en _____. Llamado/ Enviado por fax: _____ en _____



Suresh Prasad MD, PA.
DBA Permian Internal Medicine Associates
403 Pittsburg Ave
Odessa, TX 79761
Tel: 432-332-3400
Fax: 432-332-6500

Consentimiento Informado de Telemedicina

Si usted como paciente o nosotros como proveedores no podemos realizar visitas presenciales debido a la pandemia de COVID-19 o por cualquier otro motivo, se le puede solicitar que programe una visita de telemedicina.

Los servicios de telemedicina implican el uso de audio interactivo seguro o Equipos y dispositivos de videoconferencia que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.

1. Entiendo que se aplica el mismo estándar de atención a una visita de telemedicina que a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la habitación.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales en el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas.
 - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi registro médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
 - a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome con PERMIAN INTERNAL MEDICINE al 432-332-3400
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación.
 - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para revisión/auditoría de calidad.
 - b. Entiendo que seré responsable de cualquier gasto de mi bolsillo, como copagos o coseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
 - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento formará parte de mi expediente médico.

Al firmar este formulario, atestiguo de que (1) he leído personalmente este formulario (o me lo han explicado) y entiendo completamente y estoy de acuerdo con su contenido; (2) mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción, y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina han sido compartidos conmigo en un idioma que entiendo.

Patient/Parent/Guardian Printed Nombre

Patient/Parent/Guardian Firma



Suresh Prasad MD, PA.
DBA Permian Internal Medicine Associates
403 Pittsburg Ave
Odessa, TX 79761
Tel: 432-332-3400
Fax: 432-332-6500

**Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad
Para Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida (HIPAA)**

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos como paciente con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que Permian Internal Medicine Associates puede usar o divulgar mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa brindarme atención médica a mí, el paciente; manejo de facturación y pago; y cuidar otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos ni divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Entiendo que tengo derecho a leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad* antes de firmar este acuerdo. Si lo solicito, Permian Internal Medicine Associates me proveera el *Aviso de Prácticas de Privacidad* más actualizado.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

X _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha:

Relación con el paciente si está firmado por otra persona

Fecha

Puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, incluidas las revisiones de nuestro *Aviso*, en cualquier momento comunicándose con: Permian Internal Medicine Associates 403 Pittsburg Ave, Odessa, TX 79761. (432) 332-3400.

Permian Internal Medicine Associates

403 Pittsburg Ave

Odessa, Texas 79761

Telefono (432)332-3400

Fax (432)332-6500

Aviso Avanzado de No Cobertura Para Beneficiarios (ABN)

Fecha:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Compañía de Seguro:

MR#:

La mayoría de las compañías de seguros o Medicare solo pagarán los servicios que consideren "médicamente necesarios y razonables". Si su compañía de seguros determina que una prueba en particular es "médicamente innecesaria e irrazonable", de acuerdo con su estándar, negarán el pago del servicio.

Como su proveedor de atención médica, creemos que **uno o más de los servicios/procedimientos enumerados a continuación pueden ser de su interés médico, si son médicamente necesarios, y se decidirán después de su evaluación por parte de un proveedor.** También entendemos que su compañía de seguros puede negar la cobertura de los servicios.

Yo, Sr./Srta./Sra. _____ he sido notificado por mi médico y/o personal que en mi caso, es posible que mi compañía de seguros niegue el pago por el servicio identificado. **Si mi compañía de seguros niega mi pago, acepto ser personalmente responsable del pago. Los servicios/procedimientos que podrían NO estar cubiertos por mi compañía de seguros incluyen (pero no se limitan a):**

- | | |
|---|---|
| 1. Laboratorio (Ex. de sangre, prueba de orina, etc.) | 6. Presión arterial ambulatoria de 24 horas |
| 2. Inyecciones/Vacunas | 7. Prueba de Función Pulmonar |
| 3. Electrocardiograma/Monitor Holter de 24 horas | 8. Estudios Vasculares |
| 4. Monitor continuo de azúcar en sangre (IPRO) | 9. Visita Anual de Bienestar |
| 5. Estudios de Home Sleep | |

OPCIONES: Marque solo **UNA** caja. **NO PODEMOS ELEGIR UNA CAJA PARA USTED.**

Quiero la(s) prueba(s) mencionada anteriormente solo si mi proveedor lo recomienda médicamente. Quiero que se facture a mi compañía de seguros, pero también entiendo que se me puede pedir que pague por los servicios **en la Fecha de Servicio.** Entiendo que, si mi seguro no paga, puedo ser financieramente responsable del pago. Si se determina que soy financieramente responsable, tengo la opción de apelar con mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros paga después de mi apelación, entiendo que puedo recibir un reembolso completo de cualquier pago que haya hecho a mi médico, menos el copago o el deducible.

Quiero la(s) prueba(s) mencionada(s) arriba. **NO** quiero que mi compañía de seguros sea facturada. Si me piden que pague por los servicios hoy, acepto hacerlo. Con esta decisión, **RENUNCIO** a mi opción de apelar con mi compañía de seguros.

NO quiero la(s) prueba(s) mencionada(s) arriba. Entiendo que, con esta decisión, **NO** soy responsable de ningún pago y he renunciado a mi opción de apelar con mi compañía de seguros. También entiendo que al **NO** hacerme las pruebas recomendadas por mi médico, libero a Permian Internal Medicine y al personal de cualquier responsabilidad.

X _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha:

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES CUESTIONARIO DE HISTORIA (1).

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a comprender mejor sus inquietudes y afecciones médicas. Si no se siente cómodo con alguna pregunta, no la responda. Si no puede recordar detalles específicos, por favor aproxime. Añade cualquier nota que creas que es importante. **TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.**

Motivo principal de la visita de hoy: _____

Otras preocupaciones: _____

Marque todo lo que corresponda y enumere el inicio de la enfermedad.

HISTORIAL MÉDICO PASADO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Nefropatía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Úlceras en piernas/pies |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> tiene marcapasos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (o TVP) | <input type="checkbox"/> Infarto/Ataque de Corazon | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer y tipo | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Tiroides hipoactiva |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal o enfermedad por reflujo | <input type="checkbox"/> Tiroides Hiperactiva |
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> reflujo o úlceras | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes – Insulina | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes – Sin Insulina | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS:

<u>CIRUGÍA</u>	<u>AÑO</u>	<u>CIRUGÍA</u>	<u>AÑO</u>
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

HISTORIA FAMILIAR:

<u>RELACIÓN</u>	<u>¿VIVO ?</u>	<u>EDAD</u>	<u>PROBLEMAS DE SALUD</u>	<u>CAUSA DE MUERTE</u>
Padre	S/N	_____	_____	_____
Madre	S/N	_____	_____	_____
Hermano/a	S/N	_____	_____	_____
Hermano/a	S/N	_____	_____	_____
Otro: _____	S/N	_____	_____	_____
Otro: _____	S/N	_____	_____	_____
Otro: _____	S/N	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL:

Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

Empleo actual: _____	Posición: _____
Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Vidiudo/a	
Hijo/a(s)/ Genero: M/H M/H M/H M/H	
Ejercicio: Nada Minimal Moderado Frecuente	
Cafeína (café/soda): Nada Minimal Moderado Alto consumo	
Consumo de Tabaco: Nunca Ex consumidor de tabaco Consumidor actual de tabaco ¿Paquetes/latas por día? _____ años	
Consumo de alcohol: Nada De vez en cuando Ingesta moderada Consumo pesado/ ¿Bebidas por día? _____ años	
Uso de drogas ilícitas: Nunca Ex consumidor de drogas Consumidor actual de drogas ¿Drogas utilizados? _____	

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES CUESTIONARIO DE HISTORIA (2)

ALERGIAS:

Enumere cualquier cosa a la que sea alérgico (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo le afecta cada una.

ALERGIA	REACCIÓN
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

FARMACIAS FAVORITAS:

Local: _____ Pedido por correo: _____

MEDICAMENTOS:

Enumere todos los medicamentos que está tomando. Incluya medicamentos recetados y medicamentos de venta libre.

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA TOMADA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES:

Vacunas y fecha más reciente:

- | | | | |
|---|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Varicela | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Meningococcus | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vacuna de Flu | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> MMR (Paperas, sarampión Rubéola) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gardasil/HPV | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> TD (Tétanos y tos ferina) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> DTP (Tétanos, difteria, tos ferina) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Shingrix (después de los 50) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> neumocócica (PPSV23) | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Prevnar (Una vez en la vida) PCV13: 65+ | Fecha: _____ |

MEDIDAS DE CALIDAD/MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

	FECHA:	DOCTOR/ CLINICA:
Examen Anual de Bienestar (Anual)	_____	_____
Dental (Anual)	_____	_____
Ojos (Anual)	_____	_____
Examen de Podología (Anual)	_____	_____
Colonoscopia (cada 3-10 años)	_____	_____
PSA	_____	_____
Mamografía (1-2 anual)	_____	_____
Prueba de Papanicolaou/Examen pélvico (1 a 3 veces al año)	_____	_____
Densidad ósea (escáner DEXA)	_____	_____
Índice tobillo-brazo	_____	_____
EKG/Prueba de Estrés	_____	_____
Orina para M/C u orina de 24° para proteína	_____	_____

Mi firma a continuación certifica que he completado este cuestionario con precisión y lo mejor que pude.

X _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha: