

# KIDNEY ASSOCIATES OF COLORADO

# BEINVENIDO A NUESTRA OFICINA

Por Favor Imprima y Complete todas las Piezas Completamente

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
TRABAJAR ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext Preferencia Casa  Celular  Trabajar   
¿podemos dejar correo de voz?  Si  No El Email: \_\_\_\_\_

**Notificación de recordatorio de cita preferida: llamada**  **Mensaje de texto**

¿Le gustaría invitación a nuestro portal de pacientes?  Si  No

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

Médico De Atención PRIMARIA \_\_\_\_\_

Nombre de la práctica \_\_\_\_\_

Número del tel ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Número del fax ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Médico Referente \_\_\_\_\_

Número del tel ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Número del fax ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

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

Relación Al Paciente \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

TRABAJAR ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext Preferencia Casa  Celular  Trabajar

EL EMAIL \_\_\_\_\_

FARMACIA LOCAL PREFERIDA \_\_\_\_\_ TELÉFONO ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Farmacia Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO PREFERIDA (si corresponde) \_\_\_\_\_

Teléfono( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Farmacia Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA

Asegura Primaria \_\_\_\_\_ No. De Grupo \_\_\_\_\_ No. De ID \_\_\_\_\_

Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

No. Seguro Social (últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_

Asegura Secundaria \_\_\_\_\_ No. De Grupo \_\_\_\_\_ No. De ID \_\_\_\_\_

Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

# Correo electrónico y mensaje de texto - Cumplimiento de HIPAA

Ofrecemos información administrativa útil mediante mensajes de texto regulares y correos electrónicos como recordatorios de citas. Existe cierto nivel de riesgo de que la información de un mensaje de texto normal o de un correo electrónico pueda ser leída por alguien que no sea usted. Hagamos saber si desea que nos comuniquemos con usted por mensaje de texto o correo electrónico.

Sí – Por favor, comuníquese conmigo por correo electrónico. Mi dirección de correo electrónico es:

Le informaré de inmediato si mi dirección de correo electrónico cambia.

No- no se comuniqué conmigo por correo electrónico regular (sin cifrar).

Sí – Por favor, comunícame conmigo por mensaje de texto. Mi número de teléfono celular es:

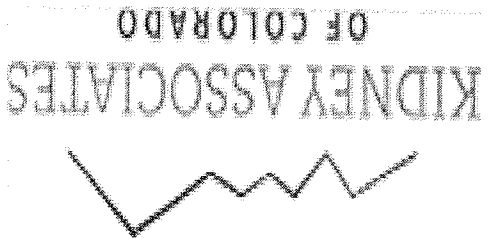
Le haré saber de inmediato si mi número de teléfono celular cambia.

No: no se comuniqué conmigo por mensaje de texto regular (sin cifrar)

Nombre impreso \_\_\_\_\_ La fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signatura

\_\_\_\_\_  
La fecha de nacimiento



Divulgación de información e  
información médica protegida

Por favor reconozca cada sección con sus iniciales y firme y fecha al final del documento.

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DEL SEGURO:**

Certifico que tengo cobertura con la compañía de seguros anterior y asigno directamente a Kidney Associates of Colorado, PC, todos y cada uno de los beneficios que de otro modo me pagarían por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**AUTORIZACIÓN DE MEDICARE / MEDIGAP (si corresponde)**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y cualquier beneficio de Medigap se realice a mi nombre a Kidney Associates of Colorado, PC por cualquier servicio prestado. En la medida en que lo permita la ley, autorizo a cualquier Titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, a mi aseguradora de Medigap y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Kidney Associates of Colorado, PC. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo y el pago de beneficios médicos a este Proveedor. Acepto ser responsable de cualquier deducible, coseguro, copago o cualquier otro saldo que no pague mi proveedor de seguros.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**PARTICIPACIÓN EN CORHIO (Organización Regional de Información de Salud de Colorado)**

Kidney Associates of Colorado respalda, apoya y participa en el intercambio electrónico de información de salud (IES) como un medio para mejorar la calidad de su salud y experiencia en el cuidado de la salud. IES nos brinda una manera de compartir de manera segura y eficiente la información clínica de los pacientes de forma electrónica con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red de IES. El uso de IES ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir información de manera más eficaz y brindar una mejor atención. Poner su información médica a disposición de sus proveedores de atención médica a través del IES también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, puede optar por no participar en CORHIO HIE o cancelar una opción de exclusión voluntaria en cualquier momento.

Me gustaría excluirme de CORHIO IES \_\_\_\_\_

(consulte la recepción para obtener el formulario de exclusión voluntaria)

\_\_\_\_\_  
Paciente / Representante autorizado (en letra de imprenta)

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

\_\_\_\_\_  
Date



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA O PRIVILEGIADA

Este formulario es para usar cuando se requiere dicha autorización y cumple con los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

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

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

No. De teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Por la presente autorizo a Kidney Associates of Colorado, ubicado en 850 East Harvard Avenue, Suite # 565, Denver Colorado 80210, 303-777-3333, a divulgar mi información médica protegida (MP), incluidas copias de mis registros médicos, al equipo de Investigación Renal de Frenova., además de Fresenius Kidney Care con el propósito de revisar los datos de la investigación.

Permíto que Frenova revise los registros de Kidney Associates of Colorado para permitir identificar a los pacientes que pueden ser candidatos para ensayos clínicos. No se recopilarán datos sin la aprobación del paciente.

### La información que se divulgará incluye:

- Notas de visita a la clínica
- Resumen de alta
- Informes de laboratorio
- Informes de patología
- resumen de registros médicos (por ejemplo, historial y examen físico, informe operativo, consultas, informes de pruebas, resumen de alta).

Yo entiendo:

- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito al Departamento u Oficina donde envíe originalmente esta autorización, y que esta Designación no caducará a menos que y hasta que la revoque activamente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.
- La información divulgada en esta autorización, si el destinatario la vuelve a divulgar, ya no está protegida por Kidney Associates of Colorado.

Reconozco que he leído detenidamente este formulario de autorización y comprendo completamente todos los aspectos relacionados con la divulgación de mi información médica protegida.

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

Paciente / Representante autorizado (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

----- Me gustaría rechazar -----  
 Al marcar esta casilla, **ME RECHAZO** a divulgar mi información médica protegida. Entiendo que mi tratamiento o pago de atención médica, o mi inscripción o elegibilidad para los beneficios no se verán afectados por esta decisión.



Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica / médica protegida sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo con atención.

Como paciente, tiene los siguientes derechos

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información.
2. El derecho a solicitar correcciones a su información.
3. Se restringe el derecho a solicitar su información.
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.
5. El derecho a informar sobre divulgaciones de su información.
6. El derecho a una copia impresa de este aviso.

Queremos asegurarle que su información médica está protegida y segura con nosotros.

Este aviso contiene información sobre cómo nos aseguraremos de que su información permanezca privada.

### Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

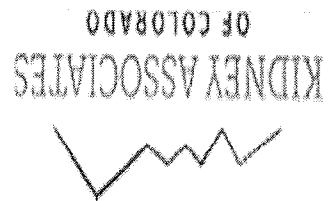
Por la presente reconozco que he revisado el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de esta práctica. Entiendo que si tengo preguntas o quejas con respecto a mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con la oficina al 303-777-3333. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá actualizaciones a este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en caso de que sea modificado, enmendado o cambiado de alguna manera.

Paciente / Representante autorizado (en letra de imprenta)

Firma del paciente / representante autorizado

Fecha

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN e información médica protegida**  
**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA**



NOMBRE DE LA PRÁCTICA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ : FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

1. Puede usar o divulgar la siguiente información de atención médica (marque todas las que correspondan)

Toda mi información médica mantenida por la práctica mencionada anteriormente

- Incluir / Excluir: mi información de salud relacionada con el abuso de drogas
- Incluir / Excluir: mi información de salud relacionada con el abuso de alcohol
- Incluir / excluir: mi información de salud relacionada con el VIH / SIDA
- Incluir / Excluir: mi información de salud relacionada con afecciones psiquiátricas o psicológicas, incluidas notas de psicoterapia

Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición \_\_\_\_\_

2. Razón (s) de la autorización

A mi solicitud

Otro

Esta autorización finaliza el \_\_\_\_\_ o cuando ocurre el siguiente evento \_\_\_\_\_ (fecha)

Puede divulgar esta información a: Kidney Associates of Colorado

850 East Harvard Ave. Suite 565

Denver CO 80210 Teléfono 303-777-3333 Fax 303-733-4441

**Mis derechos**

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización para participar en un estudio de investigación o para recibir atención médica cuando el propósito es crear información médica para un tercero. Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna acción ya tomada por la práctica mencionada anteriormente en base a esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, puedo completar un formulario de revocación (disponible en la oficina) o escribir una carta a la oficina. Es posible que las leyes de privacidad ya no protejan la información médica si la persona u organización receptora la vuelve a divulgar.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Formulario de Autorización del Paciente

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este formulario es para usar cuando se requiere dicha autorización y cumple con los estándares de privacidad de la ley de portabilidad y contabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA). Es responsable de los asociados de Kidney de Colorado asegurarse de que la información del paciente sea confidencial. La información sobre condiciones médicas, seguros y asuntos financieros, o cualquier información protegida identificada bajo HIPAA, no se puede divulgar a nadie a menos que se obtenga una autorización por escrito, a quien desea que se divulgue la información.

En el caso de una circunstancia crítica, o si no puede dar su autorización debido a la gravedad de su(s) condición(es) médica(s), la ley estipula que estas reglas y regulaciones pueden no aplicarse. Entendemos que es posible que desee que otra parte tenga conocimiento sobre su(s) condición(es) médica(s) o que actúe en su nombre. Si lo desea, puede nombrar a una persona con la que desea que el personal hable con respecto a su información médica. Para hacerlo, complete el formulario a continuación.

- Esta autorización es válida hasta que la cancele por escrito.
- Si no autoriza a una persona o parte, Kidney Associates of Colorado no puede divulgar su información a nadie, incluidos familiares o amigos.

Autorización:

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ autorización médica a las siguientes personas  
Kidney Associates of Colorado a divulgar toda la información relacionada con mi atención

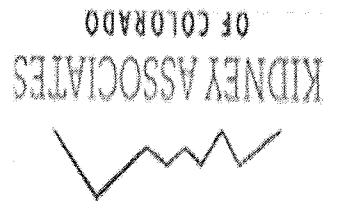
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la/el paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la/el paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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



## POLÍTICA DE AUSENCIA

Entiendo que habrá un cargo de \$ 50 si no me presento o cancelo menos de 24 horas antes de la fecha y hora de la cita, excepto cuando lo prohíba la ley. Si llega tarde a su cita, su cita puede acortarse para que se ajuste al tiempo restante de su horario asignado, o puede cancelarse y reprogramarse. esto queda a discreción del proveedor.

Al firmar a continuación, certifico que he leído estos acuerdos y / o que se me han explicado en su totalidad. Entiendo su contenido y soy el paciente, o una persona autorizada por el paciente para ejecutar el acuerdo. Acepto todos los términos anteriores.

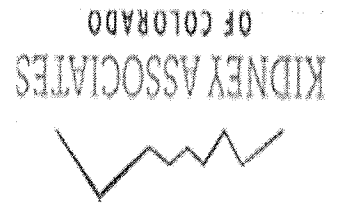
\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Paciente / Representante autorizado (en letra de imprenta)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha





## AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Para mantener bajos nuestros costos de tratamiento y tarifas administrativas, requerimos un número de tarjeta de crédito o débito registrado. Este número de tarjeta de crédito solo se utilizará si hay un saldo pendiente en su libro mayor que usted o su compañía de seguros no hayan pagado al momento de la resolución de su reclamo de seguro. Le enviaremos un recibo al publicar estos cambios.

NOMBRE \_\_\_\_\_

(como aparece en su tarjeta)

Yo, el abajo firmante, autorizo a KIDNEY ASSOCIATES o su proveedor de servicios de facturación, Flatirons Practice Management, a retener en el archivo la tarjeta de crédito / débito que proporciono y a cargar esta tarjeta de crédito / débito por los servicios prestados al resolver mi reclamo de seguro y, por lo tanto, estoy aceptar pagar los montos adeudados y adeudados de acuerdo con el acuerdo del emisor de la tarjeta (acuerdo comercial si se trata de un comprobante de crédito).

Nombre del titular de la tarjeta (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del tarjetahabiente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_