

Registro de pacientes 1

Paciente nuevo Paciente establecido / Actualizaciones

Información del paciente (En letra de molde)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Otro(s) nombre(s) por el(los) cual(es) se le conoce: _____

Fecha nac: ____ / ____ / ____ Sexo: Masc Fem

Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Menor Otro _____ N° de licencia para conducir: _____

Afiliación religiosa: _____

Información requerida

Dirección residencial: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono (Por favor marque el recuadro de su número de contacto preferido)

Hogar: _____ Celular: _____

Trabajo: _____ Ext: _____

Dirección electrónica: _____

Además de obtener acceso al portal de salud en línea, me gustaría recibir ocasionalmente mensajes electrónicos con información que me ayude a manejar mejor mi salud.

Contacto de emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Dirección residencial: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Información requerida

Etnicidad (Seleccione una opción): Hispano, latino o de origen español Se rehúsa a contestar

No hispano, latino ni de origen español

Raza (Seleccione una opción): Nativo americano-Nativo de Alaska Asiático

Negro o afroamericano Blanco o caucásico

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Se rehúsa a contestar

Idioma principal: _____

Información del empleador

Empleador: _____ Fecha de contratación: _____

Dirección residencial: _____ Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ocupación: _____

¿Ha sido paciente anteriormente en alguna instalación de Optum? Sí No

Si sí, indique el lugar y proveedor: _____

Información sobre la parte responsable (No es necesario completar si el paciente es la parte responsable)

Soltero Casado Separado Divorciado Relación con el paciente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

LC N°: _____ Fecha de nac: ____ / ____ / ____

Dirección residencial: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección electrónica: _____

Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Información sobre el plan médico

Seguro primario

Plan médico: _____ Fecha de vigencia: _____

N° de ID: _____ Plan: _____ Grupo N°: _____

Suscriptor: _____ Teléfono: _____

Dirección del seguro: _____

Seguro secundario

Número de Identificación MédiCal: _____

Plan médico del cónyuge o del otro progenitor: _____ Fecha de vigencia: _____

N° de ID: _____ Plan: _____ Grupo N°: _____

Suscriptor: _____ Teléfono: _____

Dirección del seguro: _____

Formulario completado por (en letra de molde)

Fecha

X _____
Firma

Relación con el paciente





Name: _____

Medical record number: _____

Date of birth: _____

Patient label

Registro del paciente II

Autorización para tratamiento

Yo (y/o el suscrito que firma en nombre del paciente) voluntariamente da consentimiento para permitir a los doctores y equipo de Optum evaluar y/o dar cuidado y tratamientos como paciente no interno en forma continua y como paciente interno como sea necesario según como los doctores y equipo de Optum decidan si es necesario y aconsejable.

Entiendo que aunque los médicos de Optum revisan y supervisan la atención, es posible que esta misma sea brindada por sus colaboradores (como médicos asistentes, enfermeras practicantes, enfermeras parteras certificadas). Además entiendo que los residentes, estudiantes médicos, estudiantes de médico asistente, estudiantes de enfermera practicante, estudiantes de enfermería, estudiantes de farmacia u otros estudiantes profesionales de la salud relacionados pueden asistir en mi tratamiento.

Se me ha informado que dicho tratamiento puede incluir exámenes médicos, radiografías, pruebas de laboratorios y otros procedimientos de oficina así como también procedimientos para pacientes no internos como sean requeridos.

Yo entiendo que si yo ejecuto un Poder Duradero para Health Care o otras Instrucciones por Anticipado que daré un copia ejecutada a mi doctor. Además entiendo que notificaré a mi doctor de cualquier cambio en la directiva de Instrucciones.

Yo entiendo que seré informado acerca del curso de mi tratamiento. También, tengo la libertad de terminar mi tratamiento con mi doctor de Optum en cualquier momento.

Responsabilidad financiera

Yo entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los gastos que fueran o no pagados por mi seguro, a menos que esté específicamente excluido del contrato con mi compañía del seguros de Optum.

Asignación de beneficios

Por la presente, yo cedo los beneficios médicos y/o quirúrgicos, seguro privado, y cualquier otro beneficio del plan de salud a Optum. Una copia de esta asignación es considerada tan valida como el original.

Autorización para dar información

Por la presente yo autorizo a Optum para dar cualquier información médica necesaria a mi compañía de seguro o sus agentes para asegurar los pagos.

Acuse de recibo de aviso

Por la presente, acuso recibo de una copia del *Notice of Privacy Practices* (Aviso de normas para proteger la confidencialidad) de estas instalaciones médicas.

Yo certifico que he leído lo que antecede, y he recibido copia el mismo. Como paciente, el guardián del paciente, conservador o agente general, estoy de acuerdo en aceptar los términos mencionados arriba.

Firma del paciente

Fecha

Interprete (si es necesario)
Vea nota de _____
Fecha

Guardián del paciente
conservador o agente general

Fecha

Parentesco con paciente/menor

Fecha

Testigo

Fecha

*** Es necesario una autorización especial para los records de los resultados de HIV, psiquiátricos o Tratamientos de drogas/alcohol.**



Formulario de exoneración de elegibilidad

PATIENT LABEL

Yo, _____, por este medio certifico que soy elegible
Nombre del paciente

para recibir los beneficios de _____ con vigencia a
Nombre de Seguro

partir de _____. He elegido Optum para que sea mi proveedor médico.
Fecha de Vigencia

Entiendo que si lo anterior no es verdad, seré responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que se me hayan suministrado. Además, si lo anterior no es verdad, acepto pagar la totalidad de los servicios recibidos en un plazo máximo de 30 días después de recibir la factura de Optum.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Número de Seguro Social de Suscriptor

Nombre del Suscriptor (Escriba con letra de imprenta)

Copia blanca – Elegibilidad Copia amarilla – Expediente médico Copia rosada – Paciente



Notificación de las prácticas de privacidad

En esta notificación se describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Sírvase leerla detenidamente.

Su información médica es personal y nosotros estamos comprometidos a protegerla.

Para los propósitos de esta notificación, Optum y los pronombres "nosotros", "nos" y "nuestro/a" se refieren a todas las instalaciones operadas y administradas por Optum o afiliadas a ella, o cualquiera de sus filiales o subsidiarias.

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para su tratamiento, para obtener el pago del tratamiento, para propósitos administrativos, para evaluar la calidad de la atención que usted recibe, y para otros propósitos permitidos por la HIPAA. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica, que le proporcionemos una notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad referentes a esta información, y que le notifiquemos cualquier infracción relacionada con su información médica protegida vulnerable.

Esta notificación aplica a todos los expedientes sobre su atención creados y/o mantenidos por nosotros. Su información médica se encuentra en un expediente médico que está en posesión física de Optum. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta notificación.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, como se refleja en esta notificación, revisar esta notificación, e implementar nuevas disposiciones sobre toda la información médica protegida que mantenemos. La notificación revisada estará disponible en la clínica, en nuestro sitio web o cuando usted lo solicite.

¿Cómo Optum puede usar o divulgar su información médica?

En ciertas situaciones podemos usar o divulgar su información médica sin su consentimiento o aprobación. Más abajo incluimos ejemplos de cómo podemos usar o divulgar su información médica según lo permiten o exigen las leyes federales, incluidos ejemplos de situaciones en la que obtendremos su consentimiento o autorización. Tales usos o divulgaciones pueden ser orales, impresos o en formato electrónico.

Para tratamiento. Podemos usar y divulgar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos o asistir en la coordinación, continuación o administración de su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, un proveedor de atención médica, como un médico, un enfermero u otra persona que le proporcione servicios médicos, registrará su información en el expediente relacionado con su tratamiento.

Esto puede incluir conferencias multidisciplinarias con miembros del equipo de Optum y equipos de atención de apoyo de otras instalaciones involucradas en su atención y tratamiento, u otros proveedores que pudieran proporcionar información u opiniones para el desarrollo y la coordinación de su plan de atención. Esta información es necesaria para que otros proveedores de atención médica determinen el tratamiento que usted debe recibir.

Para pagos. Podemos usar y divulgar su información médica a otros con el propósito de obtener el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe. Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted o a un pagador tercero, como una compañía de seguros o un plan médico, por la atención, los artículos o los servicios que se le proporcionaron a usted. La información contenida en la factura puede incluir datos que lo identifiquen, su diagnóstico y su tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted con propósitos operativos. Por ejemplo, su información médica podría ser usada por nosotros o divulgada a otros a fin de:

- Comunicarnos con usted sobre actividades y ubicaciones de nuestra clínica;
- Evaluar el desempeño de nuestro personal;
- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y en casos similares;
- Saber cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios;
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención médica que brindamos; y
- Capacitar a residentes, estudiantes de medicina, enfermeros, practicantes de enfermería avanzada, asistentes clínicos, asistentes médicos y otros estudiantes o internos profesionales de atención médica.

Comunicaciones. Podemos usar y divulgar su información para enviarle recordatorios de sus citas, dejar un mensaje breve en su máquina contestadora, o dejar un mensaje con la persona que conteste el teléfono en su residencia. Podemos, de vez en cuando, comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pudieran interesar. Para servirle mejor, podemos comunicarnos con usted para recordarle los surtidos de su medicina y sobre productos alternativos. También podríamos proporcionarle materiales informativos, incluidos datos sobre Optum y sus subsidiarias. A veces también podríamos enviarle materiales informativos sobre un producto o servicio particular que pudiera ser útil para su tratamiento. Además, ocasionalmente podríamos enviarle información sobre cómo puede participar en el proceso político que afecta su acceso a la atención médica. Los materiales también pudieran provenir de un tercero.

Según lo requiere o lo permite la ley. Podemos usar y divulgar información sobre usted como lo requiere o lo permite la ley. Si un uso o divulgación es requerido por la ley, este uso o divulgación se hará en cumplimiento con la ley, y estará limitado a los requisitos relevantes de la ley. Si lo requiere la ley, se le notificarán tales usos y divulgaciones realizados en virtud de la ley.

Por ejemplo, podemos usar y/o divulgar información con los siguientes propósitos:

- Para procesos penales o administrativos de conformidad con la autoridad legal;
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para asistir a los funcionarios de ejecución de la ley con sus obligaciones como tales;
- En el caso de una infracción que involucre su información médica protegida, para notificar tal situación a usted, a las autoridades de ejecución de la ley y reglamentarias, según sea necesario, y a otros como sea apropiado para ayudar a resolver la situación; y
- A las agencias de supervisión de la salud responsables de vigilar el sistema de atención médica y los programas del gobierno.

Salud pública. Su información médica se puede usar o divulgar para actividades de salud pública como: (1) asistir a las autoridades de salud pública y a otras autoridades legales a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; (2) reportar maltrato o negligencia infantil a la autoridad de salud pública o a otra autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir tales informes; (3) reportar información a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), para propósitos de salud pública relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de los productos o actividades regulados por la FDA, como la recopilación o informe de eventos adversos, productos peligrosos y defectos o problemas con productos regulados por la FDA; (4) notificar a una persona que pueda estar a riesgo de contraer o propagar una enfermedad, si tal divulgación está autorizada por la ley; (5) reportar información a su empleador, para los propósitos de realizar una vigilancia médica del área de trabajo o para los propósitos de evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo; o (6) divulgar un comprobante de inmunización a su escuela o a la escuela de su hijo, si la ley requiere que la escuela tenga tal comprobante antes de admitirlo a usted o a su hijo. Obtendremos y documentaremos su acuerdo con tales divulgaciones sobre las inmunizaciones.

Personas involucradas en su atención. Podemos proporcionar información sobre usted a un miembro de su familia, amigo u otra persona involucrada en su atención médica o el pago de su atención médica. Si usted fallece, podemos divulgar información médica sobre usted a un familiar o amigo que estaba involucrado en su atención médica antes de su fallecimiento, limitada a la información relevante a la participación de tal persona, a menos que hacer esto fuera incongruente con los deseos que usted nos expresó durante su vida. Le pediremos que complete un formulario que nos ayude a aclarar qué miembros de su familia y/o amigos es probable que estén involucrados con su atención médica y/o con el pago de su atención médica. Si divulgamos información a un miembro de su familia, pariente o amigo personal cercano, solo divulgaremos la información que creamos que es relevante a la participación de esa persona en su atención médica o al pago relacionado con su atención médica.

Estudios clínicos y otras actividades de investigación. Podemos usar y divulgar su información médica para propósitos de investigación sin su autorización cuando un comité institucional de revisión o de privacidad exima el requisito de autorización. Bajo ciertas circunstancias, su información también se podría divulgar sin su autorización a los investigadores que se estén preparando para realizar un proyecto de investigación o para investigación sobre personas fallecidas o a investigadores en virtud de un acuerdo de uso de datos.

Salud y seguridad. Podemos, en congruencia con la ley aplicable y las normas de conducta ética, usar y divulgar información médica sobre usted si creemos que el uso o la divulgación es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona o del público; suponiendo que, si se hace una divulgación, debe ser a una o más personas que razonablemente puedan evitar o reducir la amenaza. También podemos usar o divulgar su información médica si creemos que el uso o la divulgación es necesaria para que las autoridades de ejecución de la ley identifiquen o aprehendan a una persona que: (i) admite participación en un delito violento que nosotros creamos razonablemente que causó daños físicos graves a la víctima; o (ii) parece haber escapado de una institución correccional o custodia legal.

Notificación y ayuda en casos de desastre. Podemos usar o divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a su familia, un representante personal o a otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, condición o fallecimiento. Podemos divulgar su información médica a las autoridades de ayuda en casos de desastre para poder informar a su familia su ubicación y condición.

Instituciones correccionales. Si usted es un reo o se encuentra bajo la custodia de las autoridades de ejecución de la ley, podemos divulgar su información médica a las instituciones correccionales o de ejecución

de la ley para propósitos tales como suministro de atención, para la salud y seguridad de usted o de otras personas, para la ejecución de la ley en la institución correccional o para el mantenimiento de la seguridad, protección y el orden en las instalaciones de acuerdo con los reglamentos estatales y/o federales.

Personas fallecidas. Se puede divulgar información médica a directores de funerarias, médicos o peritos forenses a fin de permitirles realizar sus obligaciones legales. Después de que transcurran 50 años de su fallecimiento (u otros periodos que pueda especificar la ley), podemos usar y divulgar su información sin tomar en cuenta las restricciones dispuestas en esta notificación.

Donación de tejidos u órganos. Podemos usar o divulgar su información médica con propósitos de donación de y trasplante de órganos, ojos o tejido cadavérico.

Funciones gubernamentales. Podemos divulgar su información médica para funciones gubernamentales especiales, como actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacional y funcionarios de protección pública.

Compensación de trabajadores. Se puede usar o divulgar su información médica para cumplir con la ley y los reglamentos relacionados con la Ley de Compensación de los Trabajadores.

Asociados comerciales. Podemos establecer contratos con uno o más terceros (nuestros asociados comerciales) en el curso de nuestras operaciones comerciales. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Requerimos que nuestros asociados comerciales firmen un acuerdo idóneo y que acepten proteger la privacidad y la seguridad de su información médica.

Autorizaciones y otros usos y divulgaciones

Aunque podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización por escrito como se explicó antes, hay otros casos en los que obtendremos su autorización por escrito. Excepto como de otra manera se disponga en esta notificación, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización previa por escrito. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, excepto al grado que ya hayamos usado la autorización y hayamos tomado medidas basándonos en ella.

Entre los ejemplos de usos y divulgaciones que requieren su autorización se encuentran los siguientes:

Notas de psicoterapia. Si se crean notas de psicoterapia para su tratamiento, debemos obtener su autorización previa por escrito antes de usarlas o divulgarlas, excepto (1) si el creador de esas notas necesita usarlas o divulgarlas para el tratamiento, (2) para usarlas o divulgarlas en nuestros propios programas de capacitación supervisados de salud mental o (3) para usarlos o divulgarlos en relación con nuestra defensa de un proceso iniciado por usted. "Notas de psicoterapia" significa notas registradas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que sea un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de asesoramiento privado o una sesión de asesoramiento de grupo, conjunta o familiar, y que estén separadas del resto de los expedientes médicos de la persona. "Notas de psicoterapia" excluyen recetas de medicamentos y supervisión, hora de inicio y de finalización de la sesión de asesoramiento, modalidad y frecuencia del tratamiento brindado, resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes artículos: diagnóstico, estado funcional, el plan de tratamiento, síntomas, pronosis y progreso hasta la fecha.

Estudios clínicos y otras actividades de investigación. Aunque podemos usar o divulgar su información médica para ciertas actividades de investigación sin su autorización (como se explica arriba), hay otras actividades que pudieran requerir su autorización. Cuando su tratamiento específico sea parte de un estudio de investigación y no apliquen las excepciones a la autorización descritas arriba, podemos divulgar su información médica a los investigadores solo después de que usted haya firmado un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio de investigación y una autorización por escrito para usar y divulgar su información médica con propósitos de investigación. No tiene que firmar la autorización para recibir de nosotros los servicios tradicionales. Sin embargo, si no nos proporciona autorización por escrito para divulgar su información médica a los investigadores, puede perder su elegibilidad para participar en el estudio de investigación mismo.

Comercialización. Si usamos o divulgamos su información médica con propósitos de comercialización, primero debemos obtener su autorización por escrito para hacerlo, excepto si la comunicación es personalmente de nosotros a usted, o es un obsequio promocional de valor nominal.

No vendemos su información médica. No venderemos su información médica a terceros sin su previa autorización por escrito.

Reconocimiento del paciente. Nos esforzamos por celebrar y honrar la vida de nuestros pacientes a través de una variedad de actividades de reconocimiento del paciente, como la celebración de cumpleaños, aniversarios, graduaciones, bodas y otros logros personales, reconociendo los logros en salud, publicando hojas informativas, realizando concursos de pacientes, publicando fotos de pacientes y hechos divertidos en el tablero de anuncios de las instalaciones, reconociendo cuando un paciente es hospitalizado y recordando a los pacientes que fallecen (“actividades de reconocimiento del paciente”). También podemos usar su información para enviar a usted o a su familia tarjetas de felicitación como parte de nuestras actividades de reconocimiento del paciente. Las actividades de reconocimiento del paciente son voluntarias. Usted puede participar en ellas firmando una autorización por escrito.

Usos y divulgaciones de su información altamente confidencial. Algunas leyes federales y/o estatales requieren protecciones especiales de privacidad para cierta información médica altamente confidencial referente a: (1) servicios de psicoterapia; (2) servicios de discapacidades del desarrollo y salud mental; (3) prevención, tratamiento y referencia por abuso de alcohol y drogas; (4) pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; (5) enfermedades venéreas; (6) pruebas genéticas; (7) maltrato y negligencia infantil; (8) abuso doméstico de un adulto discapacitado y/o (9) agravio sexual. Se adjunta a la presente un resumen de las leyes aplicables relacionadas con tal información altamente confidencial aprobada por los estados en los que residen nuestros pacientes. A menos que la ley permita o requiera un uso o divulgación, obtendremos su consentimiento o autorización por escrito para usar o divulgar su información médica altamente confidencial a terceros.

Medios de publicidad. Ocasionalmente celebramos eventos publicitarios en nuestras instalaciones. El propósito de estos eventos es aumentar la concienciación sobre afecciones crónicas. En estos eventos puede haber personas de los medios publicitarios y de nuestros equipos de comercialización y relaciones públicas. Si su imagen, voz o declaraciones se graban en cinta, obtendremos su autorización por escrito antes de publicar cualquier artículo noticioso, comunicado de prensa u otra publicación con su imagen, voz o declaración. Su participación en estos eventos publicitarios y su autorización para divulgar su imagen son totalmente voluntarias.

Sus derechos respecto a la información médica

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información médica. Para ejercer cualquiera de los siguientes eventos, comuníquese con la administración de las instalaciones a fin de obtener los formularios apropiados.

Usted tiene derecho de:

- Solicitar que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones, o solicitar que limitemos la información médica que divulguemos sobre usted a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro de su familia o amigo:
 - Si pagó totalmente un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo, y nos pide que no compartamos esta información con su seguro médico para los propósitos del pago de nuestras operaciones (no del tratamiento), aceptaremos su petición a menos que la ley nos exija que compartamos la información.
 - De otra manera no requerimos aceptar su petición.
 - Debe presentar su petición por escrito, y le notificaremos la decisión de la misma manera.
 - Si aceptamos su petición, la cumpliremos, a menos que se necesite la información para proporcionarle tratamiento de emergencia.
 - Excepto por las restricciones que debemos acatar con relación a los planes médicos, podemos terminar nuestro acuerdo sobre una restricción en cualquier momento notificándole por escrito, pero nuestra terminación solo aplicará a la información creada o recibida después de que le enviemos la notificación de terminación, a menos que usted acepte que hagamos retroactiva tal terminación.
- Puede obtener una copia impresa de esta notificación si lo solicita. Puede obtener una copia impresa de esta notificación visitando las instalaciones médicas de su localidad. Esta notificación también está disponible en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web.
- Inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes médicos y de facturación. Todas las solicitudes para inspeccionar o copiar su información médica deben presentarse por escrito. Un representante de Optum puede proporcionarle un formulario para que lo use. Bajo ciertas circunstancias podemos denegar su solicitud, pero si lo hacemos, le notificaremos por escrito la razón o razones de la denegación y le explicaremos su derecho de solicitar una revisión de la denegación. Si la información se mantiene electrónicamente y usted solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia electrónica en la forma y el formato que usted solicite, si es rápidamente reproducible en tal forma y formato (si no lo es, entonces nos pondremos de acuerdo con usted sobre una forma y formato electrónicos legibles). Usted puede pedirnos que transmitamos la copia directamente a otra persona si presenta una solicitud por escrito firmada en la que identifique a la persona a la que usted desea que se le envíe la copia y el lugar al que hay que enviarla. Si solicita copias, podemos cobrar una cuota razonable basada en el costo por el trabajo involucrado en la copia de la información, los materiales para crear la copia impresa y el costo del medio portátil, porte, y el suministro de un resumen de sus archivos si es que usted solicita un resumen.
- Solicitar una enmienda a su información médica. Usted puede solicitar la enmienda de su información médica si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incompleta o incorrecta. Las solicitudes para enmendar su información médica deben presentarse por escrito. Un representante de Optum puede proporcionarle un formulario para que lo use. Podemos denegarle su solicitud, y si lo hacemos, le notificaremos por escrito la razón de la denegación y su derecho a presentar una declaración en la que indica su desacuerdo con la denegación.

- Solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedirnos que le comuniquemos información médica usando medios o lugares alternativos. Tales solicitudes deben hacerse por escrito. Un representante de Optum puede proporcionarle un formulario para que lo use. Aceptaremos las solicitudes razonables y le notificaremos si no podemos aceptar su solicitud. Podemos condicionar nuestro acuerdo sobre información sobre la manera en que se manejarán los pagos y la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto.
- Recibir un reporte de las divulgaciones de su información médica. Usted tiene derecho de obtener una lista de los casos en que hemos divulgado su información médica, excepto en ciertas circunstancias. Estas circunstancias incluyen: divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones relacionados con la atención médica; divulgaciones hechas a usted; divulgación incidente a un uso o divulgación permitido o requerido por la regla federal de privacidad HIPAA; divulgaciones autorizadas por usted; divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o a autoridades de ayuda en casos de desastre; divulgaciones con propósitos de seguridad e inteligencia nacional; divulgaciones a instituciones correccionales o a funcionarios de ejecución de la ley; divulgaciones que son parte de un conjunto limitado de datos; y divulgaciones que ocurran más de seis años antes de la fecha de su solicitud. Debe presentar su solicitud por escrito. Un representante de Optum puede proporcionarle un formulario para que lo use. La primera lista de divulgaciones en un año es gratuita; si solicita más listas en cualquier año podemos cobrarle una cuota.

Quejas

Usted puede presentar una queja a Optum y al Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No sufrirá represalias por presentar una queja.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o nuestras prácticas de privacidad, o si desea solicitar esta notificación en otro idioma, comuníquese con la clínica médica de su localidad. Si desea presentar quejas, comuníquese con nosotros por teléfono al **1-844-200-0150 TTY 711** o por correo electrónico a **privacy@optumcare.com**

Enmiendas estatales

En la primera página de esta notificación, en la que se establecen nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su información médica, se indica cómo podemos usar y divulgar tal información en acatamiento con las leyes y los reglamentos federales de privacidad. Como se describe en la notificación, hay ciertos tipos de información altamente confidencial que se abordan específicamente en ciertas leyes y reglamentos estatales, y que restringen aún más el uso y la divulgación de este tipo de información altamente confidencial. A continuación presentamos una tabla que lista los estados en los que residimos, una descripción general de las limitaciones en el uso y la divulgación de cierta información confidencial sin su consentimiento, y si las leyes de esos estados en particular abordan la protección de ciertos tipos de información altamente confidencial. Todos los consentimientos de uso y divulgación deben cumplir los requisitos de la ley aplicable.

Tabla sumaria de la ley estatal

	California	Florida	Nevada	New Mexico
<p>Información médica general: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de información médica general y/o la divulgación solo a ciertas personas.</p>	Sí	Sí	No	No
<p>Expedientes de abuso de alcohol y drogas: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de información sobre abuso de alcohol y drogas bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.</p>	Sí	Sí	Sí	Sí
<p>VIH/SIDA: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de información relacionada con VIH/SIDA bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.</p>	Sí	Sí	Sí	Sí
<p>Expedientes médicos personales: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de expedientes médicos personales bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.</p>	Sí	Sí	Sí	Sí
<p>Enfermedades transmisibles: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de información relacionada con enfermedades transmisibles bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.</p>	Sí	Sí	Sí	Sí

	California	Florida	Nevada	New Mexico
Información genética: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de información genética bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.	No	Sí	Sí	Sí
Información genética: La ley estatal regula el almacenamiento y la retención de información genética.	No	No	Sí	Sí
Transmisión electrónica de información médica: La ley estatal permite que una persona restrinja las divulgaciones de la información médica en forma electrónica bajo ciertas circunstancias.	No	No	Sí	Sí
Información sobre recetas: La ley estatal dispone restricciones en el uso y la divulgación de información sobre recetas bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.	Sí	Sí	Sí	Sí
Información sobre inmunizaciones: La ley estatal dispone restricciones en la divulgación de información sobre inmunizaciones bajo ciertas condiciones y/o la divulgación solo a ciertas personas.	No	Sí	Sí	No





Resumen de la notificación de las prácticas de privacidad según HIPAA y formulario de acuse de recibo

Al firmar abajo, reconozco que Optum y/o una instalación operada o manejada por Optum o afiliada a ella, o cualquiera de sus filiales o subsidiarias me proporcionaron una copia completa de su notificación de las prácticas de privacidad. Este es un resumen de la información de la notificación de las prácticas de privacidad completa.

Mis derechos. Tengo derecho de:

- Obtener una copia de mis expedientes médicos en forma impresa o electrónica
- Solicitar correcciones a mis expedientes médicos impresos o electrónicos
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los cuales hemos compartido su información
- Obtener una copia de la notificación de las prácticas de privacidad completa
- Presentar una queja si creo que se han violado mis derechos de privacidad

Mis opciones. Tengo algunas opciones respecto a la manera en que la instalación usa y comparte mi información para:

- Informar a mi familia y amigos sobre mi condición
- Asistir en esfuerzos de ayuda en casos de desastre
- Comercializar sus servicios y vender mi información

Podemos usar y compartir su información para:

- Darle tratamiento
- Operar nuestra organización
- Facturar nuestros servicios
- Ayudar en problemas de seguridad y salud pública
- Hacer investigaciones
- Cumplir con las leyes aplicables
- Responder a peticiones de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar las solicitudes de compensación de trabajadores, ejecución de la ley y otras peticiones gubernamentales
- Responder a litigios o acciones legales

He tenido la oportunidad de revisar la notificación de las prácticas de privacidad antes de firmar este acuse de recibo.

Me doy por enterado de que la instalación se reserva el derecho de cambiar los términos de su notificación de las prácticas de privacidad y de implementar nuevas disposiciones sobre toda la información médica protegida que mantienen. En el evento de una o más enmiendas, la instalación hará disponible una notificación de las prácticas de privacidad revisada en su sitio web y en sus centros de tratamiento.

Paciente o representante personal

Fecha

Si firma el representante personal, indique la relación con el paciente y explique la autoridad para firmar.

Si no se puede obtener un acuse de recibo por escrito del paciente, el representante de la instalación debe rellenar esta sección.

Hice un esfuerzo de buena fe para explicar el propósito y contenido de la notificación de las prácticas de privacidad de Optum al paciente o a su representante, y de obtener el acuse de recibo de la notificación de las prácticas de privacidad por parte del paciente o de su representante, pero (marque una opción):

_____ El paciente o el representante se negó a firmar.
Patient or representative refused to sign.

_____ El paciente se encontraba recibiendo tratamiento de emergencia durante la primera entrega del servicio, y se le proporcionó la notificación de las prácticas de privacidad tan pronto como fue práctico después de que terminó el tratamiento de emergencia.
Patient was in an emergency treatment situation during first service delivery, and the notice of privacy practices was provided as soon as was practicable after the emergency treatment situation passed.

_____ Otra (indique la razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo):
Other (list reason why acknowledgment was not obtained)

Nombre y dirección de la instalación: _____
Facility name and address _____

Firma del miembro del equipo
Team member signature

Fecha
Date

Nombre y título del miembro del equipo, en letra de imprenta
Print name and title of team member



Optum® is a trademark of Optum, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners.
© 2020 Optum, Inc. All rights reserved. MGO-FO-030S-OPT 01/20

Optum® es una marca comercial de Optum, Inc. Todas las otras marcas comerciales son propiedad de sus respectivos propietarios.
© 2020 Optum, Inc. Se reservan todos los derechos. MGO-FO-030S-OPT 01/20



Pegue la etiqueta aquí

Permiso para hablar sobre su información personal de salud con otras personas

Instrucciones:

1. Anote el nombre de todos los miembros de su familia u otros individuos que participan en la atención de la salud del paciente y pídale al paciente o al representante personal del paciente que firme y feche el formulario.
2. Si el representante personal del paciente es quien firma el formulario en nombre del paciente, el representante personal también deberá firmar y fechar la certificación de que él o ella tiene autoridad de hacerlo.

Personas a quienes Optum puede revelar mi información personal de salud para fines de coordinación de la atención

Por medio del presente autorizo que Optum, sus subsidiarias y organizaciones asociadas hablen sobre mi información médica con las personas indicadas abajo en lo relacionado con su participación en la coordinación de mi atención de la salud y el pago por los servicios que reciba.

Nombre	Fecha nacim	Relación (amigos, parientes, etc)	Tel
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Entiendo que si alguien no está en la lista y yo no estoy presente o estoy incapacitado, Optum puede compartir mi información con familiares, amigos u otros que Optum haya determinado, en base a su juicio profesional, que es para mi bien y necesario para coordinar mi atención y/o el pago de los servicios de atención de la salud que haya recibido de Optum.

Este formulario invalida cualquier otro formulario completado anteriormente. Todos los formularios anteriores quedan revocados por medio del presente.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

Entiendo que tengo la habilidad de revocar a representantes identificados en cualquier momento modificando el formulario directamente y/o revocando todos los derechos de todos los individuos identificados seleccionando la opción siguiente.

Revoco todos los derechos de hablar sobre mi información personal de salud con todos los individuos mencionados arriba

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

Certificación del representante personal

Si el paciente es menor de edad o tiene un representante personal, yo declaro que soy el Representante Legal del paciente nombrado arriba y tengo autoridad por ley de actuar en nombre del paciente para tomar decisiones relacionadas con la atención de su salud.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

Nombre del paciente o de su representante legal
(en letra de imprenta)



Acuse De Recibo De Las Instrucciones Médicas Por Anticipado

Optum en acatamiento con la Ley de Autodeterminación del Paciente de 1990 (Patient Self Determination Act of 1990), garantiza el derecho de autodeterminación de los pacientes invitándolos a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. Esto se hace a través de la planificación y de la comunicación de sus deseos sobre el tratamiento médico mediante un formulario de acuse de recibo de las instrucciones médicas por anticipado.

Mis iniciales junto a una de las siguientes declaraciones indica mis instrucciones por anticipado actuales:

Iniciales	Declaración
	He proporcionado a Optum una copia de mi formulario de instrucciones médicas por anticipado para que la incluya en mi historia clínica. <input type="checkbox"/> Escaneado a los EHR
	Proporcionaré a Optum una copia de mis instrucciones médicas por anticipado.
	En estos momentos no tengo instrucciones médicas por anticipado. Entiendo que es mi responsabilidad hablar sobre este tema con mi proveedor de atención médica.

Con mi firma, confirmo que he informado a Optum mi derecho de participar en la toma de decisiones sobre mi tratamiento médico mediante la firma de unas instrucciones por anticipado.

Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha
Paciente:		
Testigo:		

Sólo para uso administrativo:

Se proporcionó información verbal y por escrito al paciente. (Paquete de instrucciones médicas por anticipado)

Comentarios: