



Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center

GENERAL
Datos Demográficos de Nuevos Pacientes

¿Necesita ayuda con estos formularios? SI NO

DEMOGRAFIA	Apellido: _____		Nombre: _____		Inicial de segundo nombre: _____		Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	
	Direccion: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
	Médico de atención primaria: (Nombre) _____						(Teléfono) _____	
	Médico referente: (Nombre) _____						(Teléfono) _____	
	Contacto de emergencia: (Nombre) _____		(Teléfono) _____		(Relación) _____			
	Información Adicional							
	Correo electrónico: _____		Raza: _____		Etnicidad: _____			
	Farmacia de preferencia _____		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro					
	Farmacia Direccion: _____		(Teléfono) _____					
	¿Tiene usted una directiva anticipada (testamento vital)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD	Se me ha proporcionado una copia de las Prácticas de Privacidad de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center según lo exige la Ley de Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para garantizar que se me hayan informado mis derechos de privacidad.	
	Autorizo a Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center a divulgar mi información de salud a personas/ organizaciones, enumeradas a continuación	
	<input type="checkbox"/> Igual que el contacto de emergencia	Otro persona/organización Nombre: _____
		Relación: _____ Teléfono: _____
	Al firmar este documento, reconozco lo siguiente:	

- Me han proporcionado una copia de las prácticas de privacidad de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center.
- He revisado esta autorización para divulgar mis registros médicos y confirmo que es correcta.
- Entiendo que esta autorización permanecerá vigente por un período de un (1) año, a menos que sea revocada.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a: Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center, ATENCIÓN: Registros médicos
- 1301 Shiloh Rd NW, Suite 660, Kennesaw, GA 30144: La revocación entrará en vigor al recibir este aviso.

_____ Firma del Paciente (o tutor)	_____ Fecha
---------------------------------------	----------------

OFICINA	Sólo para uso de oficina			
	Iniciales del personal: _____		<input type="checkbox"/> Fotografía del paciente	
	Escanee TODOS los documentos del paciente			
		<input type="checkbox"/> pac ENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro	
		<input type="checkbox"/> pac mografía	<input type="checkbox"/> pac Historia	<input type="checkbox"/> pac Encuestas



Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center

Acceptación y Consentimientos del Paciente - Anual

POLÍTICA DE PAGO	<p>Por favor, <u>ponga sus iniciales y firme</u> en señal de aceptación y consentimiento del Tratamiento Médico, el Aviso de Prácticas de Privacidad, la Autorización para divulgar información médica y la Política de Pago.</p> <p>Gracias por elegir a Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center como su proveedor. Nos comprometemos a proporcionarle una atención médica asequible y de calidad. Por favor, asegúrese de leer cuidadosamente nuestra Política de Pago. Se proporcionará una copia a pedido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura. • Cuota de Reserva. Las cirugías, los procedimientos en el consultorio y las pruebas de diagnóstico en el consultorio requieren una tarifa de programación de \$75 para asegurar la cita. En el momento de la reserva, se le proporcionará el monto de la tarifa de reserva y las instrucciones de pago. Los pagos se pueden realizar a través de un enlace de pago enviado o en persona en la clínica. La cita no se confirma hasta que se completa el pago de la tarifa de programación. Las tarifas de programación son reembolsables contra el tratamiento, pero no son reembolsables ni transferibles si una cita se cancela o se reprograma menos de 3 días hábiles antes de la fecha programada. • Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si su cuenta es transferida a una agencia de cobranzas, se añadirá un cargo de 100 dólares por procesamiento de cobranza a cualquier saldo pendiente. • "No-show" o cancelación tardía. Si no cancela o reprograma su cita con al menos 2 días hábiles de anticipación, aplicaremos un cargo de servicio de \$75 por "no presentarse" a su cuenta. Esta tarifa no se aplicará la primera vez para dar cuenta de las emergencias. • Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita. • Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de consultar con el médico. Para proporcionar una prueba de seguro, debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación. • Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que estas sean pagadas. Por favor, tenga en cuenta que cualquier saldo no pagado es su responsabilidad. • Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. • Falta de pago. Si su cuenta está atrasada más de 90 días, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranzas. <p style="text-align: right;">_____INICIALES AQUÍ</p>
CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO	<p>He revisado y doy mi consentimiento para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicito voluntariamente tratamiento y consiento a que mi proveedor me proporcione atención. Dicha atención puede incluir, entre otras cosas, procedimientos de diagnóstico, extracciones de sangre, pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento y proceso de atención. • Reconozco que mi tratamiento está destinado a tratar enfermedades específicas y no pretende sustituir a un médico de atención primaria y que no se puede dar o se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center. • En el caso de que un empleado se pinchara con una aguja o se expusiera de alguna otra manera a mi sangre o fluidos corporales, consiento en que se me haga una prueba de VIH o de Hepatitis C y B. <p style="text-align: right;">_____INICIALES AQUÍ</p>
FIRMAS	<p>Al firmar abajo, reconozco que he revisado la política de pagos de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center y doy miconsentimiento para el tratamiento médico.</p> <p>Escriba el nombre de la persona que firma: _____ Relación con el paciente: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma del Paciente (o tutor) _____ Fecha</p>



POLITICA DE NO PRESENTACION/CANCELACION TARDIA	<p>Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para ser atendido por nuestros médicos y personal. Por eso es muy importante que cumpla con su cita programada con nosotros y llegue a tiempo.</p> <p>Como cortesía, y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center envía recordatorios por mensaje de texto y correo electrónico 1 semana, 2 días y 1 hora antes de la hora de la cita.</p> <p>Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarlo y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía a nuestra oficina, así como a aquellos pacientes que están esperando para programar con el médico, avísenos con al menos 2 días hábiles de anticipación.</p> <p>Si no cancela o reprograma su cita con al menos 2 días hábiles de anticipación, aplicaremos un cargo de servicio de \$75 por "no presentarse" a su cuenta. Este "cargo por no presentarse" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará directamente por ello y no se le permitirá reprogramar hasta que se pague la tarifa. Entendemos que ocurren emergencias y no cobraremos la tarifa la primera vez.</p> <p>Después de tres ausencias consecutivas a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted.</p>
FIRMAS	<p>Entiendo la política de "ausencia" de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center y acepto proporcionar un número de tarjeta de crédito, a la que se le puede cobrar \$ 75 por cualquier "ausencia" de una cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar cualquier cita con al menos 2 días hábiles de anticipación. para evitar un posible cargo por no presentarse en la tarjeta de crédito proporcionada.</p> <hr/> <p>Firma del Paciente (o tutor) Fecha</p>



METRO ATLANTA UROLOGY AND PELVIC HEALTH CENTER

Urologists who listen. Urologists who care.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Cuál es tu PRINCIPAL QUEJA hoy? _____

Elija cualquier otra condición que desee discutir en visitas FUTURAS (seleccione todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (incluso microscópica) | <input type="checkbox"/> Hinchazón o dolor del escroto o los testículos (incluidos hidrocele, espermatocelo, varicocele, epididimitis) |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento o incontinencia fecal | <input type="checkbox"/> Síntomas urinarios (incluyendo frecuencia, urgencia, esfuerzo, retención, fuga, incontinencia, HPB) |
| <input type="checkbox"/> Problema eyaculatorio (eyaculación precoz/hematospermia) | <input type="checkbox"/> Divertículos uretrales |
| <input type="checkbox"/> PSA elevado | <input type="checkbox"/> Prolapso uretral/carúncula |
| <input type="checkbox"/> Malla vaginal expuesta | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario o prostatitis o Cistitis intersticial |
| <input type="checkbox"/> Fístula GU (incluidas fístula vesicovaginal/fístula rectovaginal) | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Hidronefrosis o quiste renal | <input type="checkbox"/> Labioplastia/Reconstrucción vaginal |
| <input type="checkbox"/> Esterilidad | <input type="checkbox"/> Terapia de reemplazamiento de hormonas |
| <input type="checkbox"/> Cálculos en el riñón/uréter/vejiga | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Testosterona baja | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Menopausia | |
| <input type="checkbox"/> Vejiga neurógena | |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de órganos pélvicos (incluido cistocele/rectocele) | |
| <input type="checkbox"/> Dolor pélvico o vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Mejora del contorno del pene | |
| <input type="checkbox"/> Problema del pene (incluyendo balanitis/fimosis/consulta de circuncisión/Peyronie/condiloma) | |
| <input type="checkbox"/> Disfunción sexual o eréctil (todos los géneros, incluida la disminución de la libido y la sensación) | |



Política financiera

1. Política de pago:

Políticas generales de pago

Métodos de pago aceptados: Los métodos de pago aceptados son: efectivo, cheques personales y todas las principales tarjetas de crédito/débito. Se cobrará una tarifa de \$ 15 por cualquier cheque sin fondos.

Consulta financiera: según el plan de tratamiento discutido con nuestros proveedores, es posible que los pacientes deban programar una consulta financiera con el personal de nuestra oficina. Durante esta consulta, le proporcionaremos un costo estimado detallado para el(los) procedimiento(s) deseado(s) y discutiremos las opciones de pago disponibles.

Falta de pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, es posible que remitamos su cuenta a una agencia de cobro.

Llegadas tardías: si llega más de 45 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho de reprogramar o acortar la cita. Se puede aplicar un recargo por retraso de \$75.

Período de aviso: las citas no quirúrgicas requieren un aviso mínimo de 2 días hábiles para cancelaciones o reprogramaciones. Requerimos un aviso mínimo de dos semanas para cancelaciones o reprogramaciones de fechas de cirugía fuera del consultorio. Las citas en el consultorio se pueden reprogramar sin penalización si el cambio se realiza fuera del período de aviso requerido.

Cancelaciones de citas en el consultorio: Cancelar/No presentarse o reprogramar una cita en el consultorio fuera del período de aviso incurrirá en un recargo por retraso de \$75.

Cancelaciones de citas fuera de la oficina: Cancelar/no presentarse o reprogramar una cita fuera de la oficina fuera del período de aviso incurrirá en un recargo por retraso de \$150.

Misceláneo: cualquier tarifa o cargo adicional se le comunicará de manera oportuna.

Pacientes asegurados

Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su identificación emitida por el



gobierno y un seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información de seguro correcta de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de una reclamación.

Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos en todo lo que podamos para ayudarlo a que se paguen sus reclamos. Tenga en cuenta que cualquier saldo impago es su responsabilidad.

Cambios de cobertura. Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios.

Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si su cuenta se transfiere a una agencia de cobranza, se agregará una tarifa de procesamiento de cobranza de \$100 a cualquier saldo pendiente.

Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

Pacientes que pagan por cuenta propia

Visitas a la clínica: a los pacientes que paguen por cuenta propia se les cobrará una tarifa fija por las visitas a la clínica tanto nuevas como de seguimiento. El pago es debido en el momento del servicio. Estas tarifas cubren la consulta y el examen brindado durante la visita, pero no incluyen ningún servicio adicional, tratamiento o prueba de diagnóstico que pueda recomendarse.

Descuentos: los pacientes que pagan por cuenta propia pueden ser elegibles para un descuento del 5 % en el costo total de su(s) procedimiento(s) si el pago se realiza en su totalidad al momento de la reserva. Este descuento no es aplicable junto con otras promociones o descuentos.

Política de cancelación y reembolso: Los pacientes que pagan por cuenta propia están sujetos a las mismas políticas de cancelación y reembolso que nuestros pacientes asegurados. Consulte nuestras políticas de cancelación y reembolso para obtener más información.

Cambios en el plan de tratamiento: si un paciente que paga por cuenta propia requiere procedimientos o tratamientos adicionales no incluidos en el plan de tratamiento original, el paciente será responsable de cubrir los costos adicionales. Es posible que se requiera una nueva consulta financiera para discutir estos cambios.



Procedimientos y Cirugías

Cuota de reserva Los procedimientos en la oficina requieren una cuota de reserva de \$75 para asegurar la cita. En el momento de la reserva, se le proporcionará el monto de la tarifa de reserva y las instrucciones de pago. La tarifa de reserva se aplica al total adeudado por el procedimiento, pero no es reembolsable ni transferible si se cancela o reprograma una cita con menos de 2 días hábiles antes de la visita programada.

Depósito: Se requiere un depósito del 50 % del costo total para asegurar una fecha de procedimiento fuera del consultorio y se paga al programar su procedimiento.

Pago completo: el saldo restante se debe pagar dos semanas antes de la fecha programada para la cirugía fuera del consultorio. Para los procedimientos en la oficina, se requiere el pago completo el día del servicio. Todos los pagos de visitas a la clínica vencen el día del servicio.

Superfactura de tarifa de servicio:

Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center se compromete a garantizar que nuestros pacientes comprendan los costos de desembolso asociados con los servicios y procedimientos no cubiertos.

Disponibilidad: Nuestra superfactura de tarifa de servicio está disponible a pedido. Este programa describe los cargos del médico por cada procedimiento que ofrecemos.

Cargos del médico: el programa de tarifas de servicio incluye únicamente los cargos del médico. Estos cargos cubren los servicios profesionales proporcionados por nuestros médicos, incluida la realización del procedimiento.

Cargos de las instalaciones: tenga en cuenta que los cargos de las instalaciones no están incluidos en nuestro programa de tarifas de servicio. Estos cargos están determinados por el centro individual donde se realiza el procedimiento y se facturarán por separado. Las instalaciones pueden incluir hospitales, centros quirúrgicos u otras instalaciones médicas.

Facturación separada: cualquier servicio adicional, como anestesia, pruebas de laboratorio o tratamientos o procedimientos adicionales, no está incluido en nuestro programa de tarifas de servicios y se facturará por separado.



2. Política de tarjeta de crédito

Autorización: Los pacientes que eligen mantener una tarjeta de crédito en el archivo deben proporcionar una autorización por escrito para que Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center almacene de forma segura la información de su tarjeta de crédito y cargue la tarjeta por los saldos pendientes. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito por el paciente.

Almacenamiento seguro: Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center se compromete a proteger la información financiera de nuestros pacientes. La información de la tarjeta de crédito se almacenará y cifrará de forma segura de conformidad con el Estándar de seguridad de datos de la industria de tarjetas de pago y las leyes y reglamentos aplicables.

Uso: La tarjeta de crédito registrada se cargará por los saldos pendientes relacionados con la cuenta del paciente, incluidos los cargos por servicios, tratamientos, productos y cualquier otro cargo acordado por el paciente y Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center. Esto puede incluir copagos, deducibles, coseguro y cualquier monto no cubierto por el seguro.

Notificación: Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center notificará al paciente por mensaje de texto y/o antes de cargar la tarjeta de crédito registrada. El paciente tendrá 48 horas para revisar los cargos y comunicarse con nuestra oficina si tiene alguna pregunta o inquietud.

Recibos: Se proporcionará al paciente un recibo por el monto cobrado después de que se haya procesado la transacción.

Tarjetas rechazadas o vencidas: si la tarjeta de crédito registrada es rechazada o vencida, Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center se comunicará con el paciente para obtener información de pago actualizada. El paciente es responsable de proporcionar información actualizada de la tarjeta de crédito de inmediato.

Revocación de la autorización: Los pacientes pueden revocar su autorización para mantener una tarjeta de crédito archivada y cargar a la tarjeta los saldos pendientes en cualquier momento mediante notificación por escrito al Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center. Al recibir la notificación por escrito, Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center eliminará de manera segura la información de la tarjeta de crédito de nuestro sistema y dejará de cargar la tarjeta para saldos futuros.



Optar por no participar: Es posible que los pacientes que opten por no dejar una tarjeta de crédito registrada para asegurar pagos futuros deban pagar la visita total permitida para una visita de paciente nuevo o de regreso de nivel 4 en el momento del servicio. Los sobrepagos se aplicarán a futuras visitas programadas dentro de los 12 meses y se reembolsarán si no se programa ninguna visita dentro del mismo período de tiempo.

3. Política de reembolso:

Reembolsos: los reembolsos, menos las tarifas aplicables, se pueden aplicar a tarifas futuras durante el próximo año con la opción de devolución total después de 1 año. Las devoluciones se pueden hacer en cualquier momento menos una tarifa de procesamiento de tarjeta de \$10.

Pagos no reembolsables: Los pagos por tratamientos no quirúrgicos y medicamentos no son reembolsables.

Reembolsos por resultados insatisfactorios: Los procedimientos cosméticos no garantizan resultados específicos. En caso de resultados insatisfactorios, nuestra práctica evaluará cada caso de forma individual y puede ofrecer tratamientos de seguimiento, revisiones o reembolsos parciales según se considere apropiado. No se devolverá más del 50% del pago si se considera apropiado un reembolso parcial para cubrir el costo de los bienes y el tiempo del personal.

Reembolsos de productos: no elegible para reembolsos.



Tabla de Tarifas

<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>TARIFA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Tarifa de programación		
Tasa de reserva (trámites en oficina)	\$75	
Depósito (procedimiento fuera de la oficina)		50%
Cargos por morosidad/deficiencia		
Cheques rebotados	\$15	
Cuenta entregada a una agencia de cobro (tarifa de procesamiento)	\$100	
Reprogramación de última hora (menos de 2 días hábiles)/ Tarifas de cancelación		
Citas en la oficina	\$75	
Procedimientos fuera de la oficina	\$150	
Llegada tardía* (45 min)	\$75	
Tarifas de procesamiento		
Reembolso de tarjeta de crédito	\$10	

Reconozco que he revisado la Política financiera de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center y doy mi consentimiento para el pago respectivo.

Escriba el nombre de la persona que firma: _____

Relación con la paciente: _____

Firma de la Paciente (o tutor)

Fecha



Acuerdo de prescriptor de pacientes con narcóticos y opioides (PPA)

- El dolor y el tratamiento del dolor son diferentes para cada persona. Los medicamentos narcóticos y opioides son un tipo de medicamento que se usa para reducir el dolor de moderado a intenso. Los medicamentos narcóticos y opioides pueden reducir algunos (pero no todos) tipos de dolor. No se sabe cuánta mejora puedo tener en el dolor, la actividad y la calidad de vida al usar estos medicamentos.
- Mi médico y yo también podemos probar opciones de tratamiento alternativas o adicionales para mi afección, que incluyen: medicamentos no opioides, fisioterapia, ejercicios apropiados, técnicas de autocontrol y estrategias de afrontamiento, o procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos médicos.
- El uso de narcóticos y opioides puede causar:
 - Dependencia física*: Si se suspende repentinamente el medicamento, puedo experimentar síntomas de abstinencia.
 - Tolerancia*: Con el tiempo, es posible que necesite más medicamento para obtener el mismo alivio del dolor.
 - Adicción*: Puedo desarrollar un deseo intenso por el medicamento opioide, incluso si lo tomo según lo recetado. Si alguien en mi familia ha sido adicto a las drogas o al alcohol, puedo correr un mayor riesgo de adicción.
- Los medicamentos narcóticos y opioides pueden afectar mi juicio y mis respuestas. Entiendo que debo tener cuidado si conduzco u opero maquinaria o hago cualquier actividad que requiera estar alerta hasta que esté seguro de que puedo realizar dichas actividades de manera segura.
- Incluso tomar pequeñas cantidades de alcohol o medicamentos como pastillas para dormir, antihistamínicos y ansiolíticos mientras se toma un opioide o un narcótico aumentará la posibilidad de sufrir efectos secundarios como somnolencia, respiración peligrosamente lenta y disminución del estado de alerta. Si empiezo a tener más dolor u otros efectos secundarios inusuales o graves, me comunicaré con quien me receta de inmediato.
- Acepto discutir con mi médico el uso pasado y presente de cualquier sustancia que genere dependencia por parte de mi familia y yo antes de que decidamos intentar tratar mi afección con un medicamento opioide.
- Le informé a mi médico sobre todos los medicamentos que estoy tomando, incluidos los medicamentos recetados, de venta libre y a base de hierbas. También hablaré con mi médico sobre cualquier medicamento nuevo que tome en el futuro.
- Le informaré a quien me receta si estoy embarazada o planeo quedar embarazada.
- No compartiré este medicamento opioide con otras personas.
- Mantendré mi medicamento opioide en un lugar seguro donde otras personas no puedan alcanzarlo.
- Retiraré de mi casa los medicamentos opioides vencidos, no deseados o no utilizados para evitar dañar accidentalmente a niños, a otros adultos o a mí mismo.
- Entiendo que es posible que se le solicite a mi médico que consulte el Programa de monitoreo de medicamentos recetados de Georgia antes de emitir una receta para ciertos narcóticos u opiáceos.

Firma del paciente

Fecha



Metro Atlanta Urology
and
Pelvic Health Center

AVISO DE PRIVACIDAD

METRO ATLANTA UROLOGY AND PELVIC HEALTH CENTER, LLC.

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center estamos comprometidos a tratar y utilizar la información de salud protegida sobre usted de manera responsable. Este Aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este Aviso entra en vigencia el 1 de mayo de 2022 y se aplica a toda la información de salud protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Comprender su registro/información de salud

Cada vez que visita el Centro de Urología y Salud Pélvica de Metro Atlanta, se crea un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención o tratamiento futuros. Esta información, a menudo denominada registro médico o de salud, sirve como:

1. Base para planificar su atención y tratamiento
2. Medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención,
3. Documento legal que describe la atención que recibió,
4. Medios por los cuales usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados se prestaron realmente.
5. Una herramienta en la educación de los profesionales de la salud.
6. Una fuente de datos para la investigación médica.
7. Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de este estado y la nación,
8. Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing,
9. Una herramienta que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y los resultados que logramos.

Comprender qué hay en su registro y cómo se usa su información de salud lo ayuda a: garantizar su precisión, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros.

Sus derechos de información de salud

Aunque su expediente médico es propiedad física de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center, la información le pertenece a usted. Tiene derecho a:

1. Obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de información previa solicitud,
2. Inspeccionar y copiar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.528,
3. Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos,
4. Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto en 45 CFR 164.522, y
5. Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Nuestras Responsabilidades

El Centro de Urología y Salud Pélvica de Metro Atlanta está obligado a:

1. Mantener la privacidad de su información de salud,
2. Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted,
3. Cumplir con los términos de este aviso,
4. Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada, y
5. Dar cabida a solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos un aviso revisado en nuestras oficinas. No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También dejaremos de usar o divulgar su información de salud después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

Ejemplos de Divulgaciones para Pago de Tratamiento y Operaciones de Salud

Usaremos su información de salud para el tratamiento.

Por ejemplo: La información obtenida por una enfermera, un médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su registro y se utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento.

Utilizaremos su información de salud para pagos.

Por ejemplo: se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información en la factura o que la acompañe puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Usaremos su información de salud para operaciones regulares de salud.

Por ejemplo: Los miembros del personal médico, el gerente de mejora de calidad o riesgo, o los miembros del equipo de mejora de calidad pueden usar la información de su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Esta información se utilizará luego en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que brindamos.

Socios comerciales: Estos son algunos de los servicios prestados en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que usamos cuando hacemos copias de su expediente médico. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido que haga y facturarle a usted o a un tercero pagador por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.

Directorio: a menos que nos notifique que se opone, utilizaremos su nombre, ubicación en el centro, condición general y afiliación religiosa para propósitos de directorio. Esta información se puede proporcionar a los miembros del clero y, a excepción de la afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre.

Notificación: podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representación personal u otra persona responsable de su atención, su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia: los profesionales de la salud, utilizando su mejor criterio, pueden divulgar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante para la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención.

Investigación: podemos divulgar información a investigadores cuando su propuesta de investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

Directores de funerarias: podemos divulgar información de salud a directores de funerarias de acuerdo con la ley aplicable para llevar a cabo sus funciones.

Organizaciones de obtención de órganos: De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de donación y trasplante de tejidos.

Comercialización: podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Es posible que nos comuniquemos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada, reparación o reemplazo de productos.

Compensación de trabajadores: podemos divulgar información de salud en la medida autorizada y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Salud pública: según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar información de salud para fines de cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal prevé que su información de salud se divulgue a una agencia de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado correspondiente, siempre que un miembro de la fuerza laboral o un socio comercial crea de buena fe que nos hemos involucrado en una conducta ilegal o que hemos violado de otra manera las normas profesionales o clínicas. y están potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea obtener información adicional, puede comunicarse con el oficial de privacidad de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center, Bryan Rivera, al (678) 528-0578. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad o ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles. La dirección es:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida Independencia, SW
Salón 500F, Edificio HHH
Washington, DC 20201

Firma: _____

Nombre en letra impresa: _____

Fecha: _____