



TEXAS A&M UNIVERSITY  
School of Nursing

Texas A&M School of Nursing  
Nursing Mobile CARE  
(979) 436-0587  
[NursingMobileClinic@tamu.edu](mailto:NursingMobileClinic@tamu.edu)

8441 Riverside Parkway  
MS - 1359 TAMU  
Bryan, TX 77807

**Formulario de Información del Paciente**

**Información del Paciente**

<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Apellido:</b>
<b>Nombre anterior, si corresponde:</b>		
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>SSN:</b>	
<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separado	
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Condado:</b>		
<b>Teléfono:</b>	<b>Mensaje</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Correo Electrónico:</b>		
<b>Teléfono alternativo:</b>	<b>Mensaje</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Correo electrónico alternativo:</b>		
<b>Idioma de preferencia:</b>		
<b>Preferencia de como lo contactamos:</b>		

**Referencia Medica**

<b>Doctor Referente:</b>	<b>teléfono del Doctor referente:</b>
<b>Farmacia Preferida:</b>	<b>telefono de farmacia preferida:</b>
<b>Alergias:</b>	

**Menores**

*Por favor complete esta sección si usted está registrando alguien menor de 18 años.*

<b>Tutor Legal</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Se puede dejar mensaje?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Tutor Legal</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Otro Contacto</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono:</b>

<b>Información adicional de contacto de emergencia (no usted/padre)</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono:</b>

<b>Información del paciente</b>		
<b>¿El paciente tiene seguro?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Nombre de la compañía del Seguro:</b>
<b>Nombre del titular de la póliza de seguro: (Como aparece en la tarjeta)</b>		<b>Número de identificación del suscrito:</b>
<b>Grupo #:</b>		<b>Número de teléfono de su seguro:</b>
<i>Si el titular de la póliza de seguro es diferente que la del paciente</i>		
<b>SSN del titular de la póliza:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>

<b>Califica para asistencia</b>		
<i>Por favor complete esta sección si usted no tiene Seguro o si prefiere pagar en efectivo por los servicios</i>		
<b>Información del empleo del Garante</b>		
<b>Salario:</b>	<b>Por hora:</b>	<b>Ingreso Quincenal:</b>
<b>Miembros de la familia:</b>	<b>Adultos:</b>	<b>Dependientes:</b>
<b>Detalles de empleo del cónyuge:</b>		

<b>Información Demográfica Federal</b>	
<i>Para cumplir con las Regulaciones Federales, se nos ha ordenado recopilar información de nuestros pacientes sobre su raza y grupo étnico . Por favor, seleccione entre las siguientes opciones aprobadas por el Gobierno Federal</i>	
<p><b>Raza:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o Indio de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	<p><b>Grupo étnico:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Hispano/Latino</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> <hr/> <p><b>Preferencia en el Idioma:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ingles</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>



TEXAS A&M UNIVERSITY  
School of Nursing

Texas A&M School of Nursing  
Nursing Mobile CARE  
(979) 436-0587  
[NursingMobileClinic@tamu.edu](mailto:NursingMobileClinic@tamu.edu)

8441 Riverside Parkway  
MS - 1359 TAMU  
Bryan, TX 77807

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDO FINANCIERO

Yo, \_\_\_\_\_, *(si menor de edad, por)* \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento médico, incluyendo los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y otros servicios médicos, proporcionados por Texas A&M Health o sus designados autorizados, según su criterio profesional, o si lo consideran necesario para brindar la atención médica adecuada.

**Todos los honorarios médicos deben pagarse en el momento de su cita, a menos que se hayan aprobado otros arreglos.**

- Los servicios se prestan al paciente, no a la compañía de seguros. Nuestra oficina registrara su Seguro, si se recibe la información adecuada.
  - Usted es responsable de los copagos, los deducibles, los servicios no cubiertos, el co-seguro y los artículos que su seguro considera "no necesarios desde el punto de vista médico".
  - Pagos no realizados en un periodo de más de 45 días, será parte de su responsabilidad hacer un seguimiento con su compañía de seguros y el saldo puede considerarse como vencido.
- Es su responsabilidad notificar a la oficina de cualquier cambio en su seguro o en su información personal.
- Usted será responsable de cualquier cargo que ocurra si los cambios en su seguro actual no se comunican en el momento del servicio.
- Los gastos facturados serán cobrados directo al paciente o pueden ser cobrados al garante. Con mi firma,
  - Autorizo a Texas A&M Health a enviar facturas a mi compañía de seguros por los servicios prestados por mis proveedores médicos.
  - Autorizo la divulgación de la información médica necesaria del paciente para procesar reclamos asociados con la atención médica.
  - Autorizo que se realice el pago a Texas A&M Health por los servicios prestados por ellos.
  - He recibido y/o acepto los siguientes acuerdos y/o políticas:
    - Aviso de Privacidad
    - Políticas de la oficina
    - Autorización de la divulgación de mi información médica a un proveedor de salud o al personal medico
    - Acuerdo de consentimiento para telecomunicaciones y correos electrónicos
    - Formulario de autorización de grabación de audio y video
    - Acuerdo de consentimiento de tratamiento médico y financiero

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o Tutor Legal*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



TEXAS A&M UNIVERSITY  
School of Nursing

Texas A&M School of Nursing  
Nursing Mobile CARE  
(979) 436-0587  
[NursingMobileClinic@tamu.edu](mailto:NursingMobileClinic@tamu.edu)

8441 Riverside Parkway  
MS - 1359 TAMU  
Bryan, TX 77807

## Políticas de la Oficina

### Atención después de horario de oficina

Nosotros no atendemos a pacientes después del horario de oficina. Si usted experimenta una emergencia médica, por favor llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana a usted.

### Que debe traer para su cita

Por favor, traiga los registros médicos anteriores y/o registros de vacunas, todos los medicamentos actuales en sus envases originales, tarjeta de seguro, y un carnet de identificación con foto para cada cita.

Pacientes deberán llegar 15 min previo a su cita. Nuevos pacientes deberán llegar por lo mínimo 30 min antes de su cita, y esto es para asegurar que toda su información personal a sido completada antes de la hora de su cita programada.

### Tratamientos en Menores

Pacientes menores de 18 años, deberán estar acompañados de uno de sus padres/de su tutor legal O tener un permiso por escrito de sus padres o su tutor legal para poder recibir tratamiento.

### Uso del Celular

Para brindarle la mejor atención posible, pedimos a nuestros pacientes que no se use el celular durante las citas. Es en el interés de su seguridad y la del proveedor medico de poderle brindar la atención adecuada y que usted También participe en su plan de tratamiento.

### Recetas y Renovación de medicamentos

El mejor tiempo para renovar sus medicamentos es durante su cita. Si usted necesita renovar sus medicamentos, por favor llame a su farmacia y permita 72 horas para que su pedido sea procesado.

Algunos medicamentos tienen efectos secundarios que necesitan ser monitoreados, por esta razón nosotros le damos una cita en un intervalo de tiempo de 3-4 meses para el seguimiento de estos medicamentos. La mayoría de las recetas pueden ser enviadas a su farmacia electrónicamente. Por el contrario, otras recetas necesitan ser prescritas por escrito para que usted las retire personalmente con un documento de identificación con foto y valido. Recuerde acordar 72 horas para que su orden sea procesada.

### Sustancias Controladas

Si usted requiere el uso de sustancias controladas, nuestro proveedor de servicio de salud lo referirá a un especialista. A usted También se le puede pedir que acepte un contrato de medicamentos para tratar el dolor con sustancias controladas y/o someterse a pruebas de detención de drogas en la orina.



TEXAS A&M UNIVERSITY  
**School of Nursing**

Texas A&M School of Nursing  
 Nursing Mobile CARE  
 (979) 436-0587  
[NursingMobileClinic@tamu.edu](mailto:NursingMobileClinic@tamu.edu)

8441 Riverside Parkway  
 MS - 1359 TAMU  
 Bryan, TX 77807

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

**Fecha de Nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA TELECOMUNICACIONES Y  
 CORREOS ELECTRÓNICOS**

Yo autorizo Texas A&M Health a enviar mensajes de texto y/o correos electrónicos sobre recordatorios de mis citas médicas. O comunicarse con las personas mencionadas en la parte inferior, las cuales proporcionaron voluntariamente su número de celular y/o sus correos electrónicos.

*Al aceptar estos términos, acepto que todas las personas asociadas a mi cuenta puedan recibir alertas sobre el I garante de la cuenta y/o dependientes. Se pueden aplicar cargos por mensajes de textos de parte de mi proveedor de telefonía celular.*

<b>Nombre del Padre/Madre/Tutor</b>	
<b>Teléfono móvil de Padre/Madre/Tutor</b>	
<b>Correo Electrónico de Padre/Madre/Tutor</b>	
<b>Nombre de la persona autorizada</b>	
<b>Teléfono móvil de la persona autorizada</b>	
<b>Correo Electrónico de la persona autorizada</b>	

Con mi firma a continuación, estoy declarando y garantizando que soy la persona legalmente responsable de todo uso de la cuenta, que tengo al menos 18 años de edad, y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones sobre los servicios de mensajería. Yo entiendo que esta autorización solo puede ser revocada por escrito.

*La comunicación por mensaje de texto no siempre es segura. Los mensajes de textos pueden ser interferidos, y por esta razón, nosotros no proporcionamos información personal de salud por este medio.*

<b>Firma del Paciente o del Tutor Legal</b>	
<b>Relación con el Paciente</b>	
<b>Fecha</b>	



Texas A&M School of Nursing  
 Nursing Mobile Clinic  
 (979) 436-0587  
[TXANMobileClinic@tamu.edu](mailto:TXANMobileClinic@tamu.edu)

TEXAS A&M UNIVERSITY  
**School of Nursing**

8447 Riverside Parkway  
 MS - 1359 TAMU  
 Bryan, TX 77807

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

He revisado el Aviso de Privacidad del Texas A&M Health Science Center. Esta política explica cómo se utilizará y se dará a conocer mi información médica. Puedo obtener una copia de este documento sin costo alguno para mí si solicito una copia.

**El paciente solicitó una copia:**  Sí  No

**CONSENTIMIENTO PARA CONCILIACIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_ permitiré que mi médico y/o su personal revisen mis facturas de mi farmacia para ver qué medicamentos he comprado.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A REPRESENTANTE PERSONAL**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo que mi información se divulgue a las siguientes personas. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo le notifique lo contrario por escrito.

- Horarios de Citas
- Facturación/Información demográfica
- Información médica

NO divulgue ninguna información, excepto a los proveedores de atención médica.

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Relación / Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Relación / Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Relación / Número de teléfono



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA QUE MI(S) PROVEEDOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA VEAN MI INFORMACIÓN MÉDICA EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Este consentimiento le permite a Texas A&M Health ver y acceder a su información de salud a través de un sistema computarizado llamado Intercambio de Información de Salud. El Intercambio de información de salud recopila información de los lugares donde recibe tratamiento médico y la pone a disposición de su proveedor de Texas A&M Health de forma electrónica. Su información de salud es utilizada por su proveedor en Texas A&M Health para una mejor calidad de atención y para coordinar su atención médica con otros proveedores de atención médica. Si da su consentimiento, los proveedores de Texas A&M Health podrán ver toda su información de salud en el Intercambio de información de salud para su atención.

1. Cuando usted da su consentimiento, los participantes del Intercambio de información de salud (como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y farmacias), tendrán acceso a su información de salud. Sólo se puede utilizar para:
  - brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes, utilizando información de salud anonimizada.
2. La información sobre usted proviene de organizaciones participantes que le han brindado atención médica. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos y otras organizaciones de atención médica. Sus registros médicos pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos recetados por su médico. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este formulario de CONSENTIMIENTO. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud delicadas, que incluyen, entre otras:
  - Problemas de consumo de alcohol o drogas
  - Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias).
  - VIH/SIDA
  - Condiciones de salud mental
  - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
  - Enfermedades de transmisión sexual
3. Un médico participante puede divulgar su información electrónica a otros solo en la medida permitida por las leyes federales y estatales. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información sobre usted lo ha hecho, debe notificarlo a su proveedor.
4. Su consentimiento entra en vigor después de firmar este formulario y permanecerá vigente hasta el día en que lo revoque ante Texas A&M Health.
5. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento firmando un nuevo formulario de consentimiento durante el proceso de registro. Los cambios en el estado de su consentimiento pueden tardar hasta 72 horas en activarse o revocarse en el sistema.



6. Las leyes y reglamentos federales y estatales protegen su información médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién puede ver y recibir su información médica, incluida la información médica electrónica. Las protecciones de HIPAA se reforzaron aún más con otra ley federal, la Ley HITECH de 2009, que puede imponer severas multas financieras a cualquier persona que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información de salud disponible en el Intercambio de información de salud, incluida su información médica, está encriptada según los estándares federales. El Aviso de prácticas de privacidad de Texas A&M Health describe cómo se usa y protege su información médica.
7. Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de consentimiento después de firmarlo.

Texas A&M Health son miembros actuales de los siguientes intercambios de información de salud:

- Care Quality
- Commonwell
- Greater Houston Healthconnect

**INICIAL** de **SOLO UNO** para indicar su consentimiento o negar el consentimiento.

\_\_\_\_\_ **DOY CONSENTIMIENTO** para que los proveedores de Texas A&M Health accedan a mi información médica a través de **TODOS** los intercambios de información de salud disponibles (enumerados arriba)

\_\_\_\_\_ **NIEGO EL CONSENTIMIENTO** para que los proveedores de Texas A&M Health accedan a mi información de salud a través de los Intercambios de información de salud

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Relacion con el paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*





TEXAS A&M UNIVERSITY  
School of Nursing

Texas A&M School of Nursing  
Nursing Mobile CARE  
(979) 436-0587  
[NursingMobileClinic@tamu.edu](mailto:NursingMobileClinic@tamu.edu)

8441 Riverside Parkway  
MS - 1359 TAMU  
Bryan, TX 77807

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN DE AUDIO/VIDEO**

Entiendo que la grabación de audio/video puede ocurrir durante mis visitas a la clínica con fines de supervisión y enseñanza.

- Entiendo que los aprendices son supervisados por un enfermero practicante, un psicólogo y/o un dentista autorizado durante todas las visitas clínicas grabadas en audio/video.
- Entiendo que el personal y los aprendices pueden ver mi cita mediante el uso de grabaciones audiovisuales con fines de supervisión clínica y enseñanza
- Entiendo que las grabaciones de audio/video de mis visitas a la clínica se utilizan únicamente con fines de supervisión clínica y enseñanza.
- Entiendo que los registros de audio/video de mis visitas a la clínica cumplirán con todas las regulaciones de HIPAA y se almacenarán en una computadora protegida con contraseña.
- Entiendo que estas grabaciones no forman parte de mi expediente médico y se eliminarán anualmente el 30 de junio.

He leído (o he oído que un miembro del personal me lea si no sabe leer), comprendo y **ESTOY DE ACUERDO** con los procedimientos.

He leído (o he oído que un miembro del personal me lea si no puede leer), comprendo y **NO ESTOY DE ACUERDO** con los procedimientos.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del Paciente o del Tutor Legal

Relación con el Paciente

# Aviso de prácticas de privacidad

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.**

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad al número de teléfono o la dirección de correo electrónico que figura al final de este aviso.**

## **Nuestro compromiso con usted:**

Entendemos que la información médica sobre usted es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe para brindar una atención de calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por cualquiera de las instalaciones y proveedores separados que se describen a continuación. Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información médica;
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Siga los términos del aviso que está actualmente en vigor.

## **Cómo podemos usar y divulgar su información médica:**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted sin su autorización previa para el tratamiento, como enviar información médica sobre usted a un especialista como parte de una remisión (esto incluye información psiquiátrica o sobre el VIH si es necesario para fines de su diagnóstico y tratamiento); para obtener el pago por el tratamiento, como

enviar información de facturación a su compañía de seguros o Medicare; y para respaldar nuestras operaciones de atención médica, como la comparación de datos de pacientes para mejorar los métodos de tratamiento o con fines de educación profesional (Nota: solo se puede divulgar información psiquiátrica o sobre el VIH limitada para fines de facturación sin su autorización). Si recibe tratamiento en un programa especializado en abuso de sustancias, se requiere su autorización especial para la mayoría de las divulgaciones que no sean emergencias.

Otros ejemplos de tales usos y divulgaciones incluyen contactarlo para recordarle sus citas e informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento, alternativas, beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos comunicarnos con usted para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Siempre es su elección optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos.

Podemos usar o divulgar información médica sobre usted sin su autorización previa por varias otras razones, sujeto a ciertos requisitos, incluso para fines de salud pública, informes de abuso o negligencia, prevención de enfermedades, auditorías o inspecciones de supervisión de la salud, trabajo con médicos forenses o examinadores médicos, arreglos funerarios y donación de órganos, propósitos de compensación laboral, emergencias, seguridad nacional y otras funciones gubernamentales especializadas, y para miembros de las Fuerzas Armadas según lo requieran las autoridades del Comando Militar. También divulgamos información médica cuando lo requiere la ley, como en respuesta a una solicitud de la policía en circunstancias específicas, o en respuesta a órdenes judiciales o administrativas válidas u otros procesos legales.

En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica con fines de investigación, sujeto a un proceso de aprobación especial. También podemos permitir que los investigadores potenciales revisen información que pueda ayudarlos a prepararse para la investigación, siempre que la información de salud que revisen no salga de nuestras instalaciones y siempre que estén de acuerdo con protecciones de privacidad específicas.

Podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que usted designe o en circunstancias apropiadas, a menos que solicite una restricción. También podemos divulgar información a las autoridades de socorro en casos de desastre para que su familia pueda ser notificada de su ubicación y condición.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En cualquier otra situación no cubierta por este aviso, incluido el uso o divulgación de notas de psicoterapia o el uso o divulgación de información médica sobre usted para vender dicha información o con fines de marketing, le solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información médica acerca de ti. Si opta por autorizar el uso o la divulgación, más adelante puede revocar esa autorización notificándonos por escrito su decisión.

## **¿Quién seguirá este aviso?**

**Texas A&M Emergency Medical Services, Texas A&M School of Dentistry, Texas A&M Clinical Care**

## **Practice Plan y Texas A&M Nurses Care Access Network**

(CAN) brindan atención médica a nuestros pacientes en asociación con otros profesionales y organizaciones de atención médica. Las prácticas de privacidad de la información en este aviso serán seguidas por:

- Cualquier profesional de la salud que lo atienda en cualquiera de las ubicaciones de nuestras entidades enumeradas anteriormente; y
- Todos los empleados, personal médico, afiliados, aprendices, estudiantes o voluntarios de nuestras entidades enumeradas anteriormente.

Si bien cada una de estas instalaciones y afiliadas opera de manera independiente, pueden compartir su información médica entre sí para la coordinación de la atención, el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

### **Derecho a ser notificado de una infracción:**

Le notificaremos de inmediato en caso de que se haya violado la confidencialidad de su información.

### **Derecho a acceder o modificar sus registros:**

En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia electrónica o impresa de la información médica que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención.

Todas las solicitudes de copias o acceso deben presentarse por escrito al Departamento de Registro Médico o Facturación de la entidad respectiva, según corresponda. Si se concede su solicitud de inspección, coordinaremos una hora y un lugar convenientes para que pueda consultar su registro. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa por el costo de las copias, el envío por correo u otros suministros relacionados. Si denegamos su solicitud para revisar u obtener una copia, puede enviar una solicitud por escrito para una revisión de esa decisión.

Si cree que la información en su registro es incorrecta o que falta información importante, tiene derecho a solicitar que corriamos los registros, presentando una solicitud por escrito que proporcione su razón para solicitar la enmienda. Podríamos denegar su solicitud de enmendar un registro si no mantenemos la información; o si determinamos que su registro es correcto. Puede enviar una declaración de desacuerdo por escrito si decidimos no modificar un registro.

### **Derecho a una contabilidad:**

Tiene derecho a solicitar una lista que explique cualquier divulgación de su información de salud que hayamos hecho, con quién la compartimos y por qué la compartimos, excepto los usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, circunstancias en las que usted han autorizado específicamente dicha divulgación y algunas otras excepciones según lo exige la ley.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, indique el período relevante que debe estar dentro de los últimos seis años.

Debe presentar su solicitud por escrito al Departamento de Registro Médico o Facturación de la entidad respectiva, según corresponda.

### **Right to Request Restrictions:**

Puede solicitar, por escrito, que no usemos o divulguemos información médica sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica ni a personas involucradas en su atención, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exija la ley o en una emergencia. Consideraremos su solicitud y trabajaremos para satisfacerla cuando sea posible.

Si paga todos los cargos asociados con los servicios que recibió de su bolsillo en su totalidad, puede solicitar que su información no se comparta con una aseguradora para fines de pago u otros fines no relacionados con su tratamiento. Respetaremos su solicitud a menos que la ley nos exija revelar su información a la aseguradora.

Le informaremos nuestra decisión sobre su solicitud. Todas las solicitudes o apelaciones por escrito deben enviarse a nuestra Oficina de Privacidad que se indica a continuación.

**Solicitudes de comunicaciones confidenciales:**

Tiene derecho a solicitar que se le comunique información médica sobre usted de manera confidencial, como enviar correo a una dirección que no sea su hogar, notificándonos por escrito de la forma o ubicación específica que desea que usemos para comunicarse contigo.

**Derecho a solicitar una copia impresa de este aviso:**

Si lo solicita, puede recibir una copia impresa de este aviso, incluso si ha aceptado recibir este aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad.

**Elija a alguien que actúe en su nombre:**

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Cambios a este aviso:**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como a la nueva información después de que ocurra el cambio. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en las áreas de espera, salas de examen y en nuestro sitio web.

Puede recibir una copia del aviso actual en cualquier momento si lo solicita. La fecha de vigencia aparece al final. Habrá copias disponibles del aviso actual cada vez que venga a recibir tratamiento. Se le pedirá que acuse recibo por escrito de este aviso.

**Quejas:**

Si le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad que se indica a continuación.

Si no está satisfecho con nuestra respuesta, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Nuestra Oficina de Privacidad puede proporcionarle la dirección. Bajo ninguna circunstancia se le sancionará ni se le tomarán represalias por presentar una queja.

Texas A&M Privacy Office  
privacy@tamu.edu  
979-845-9853  
Toll Free: 833-261-1247