

**Paciente nuevo y antecedentes familiares**

Fecha actual: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Segundo nombre o apellido de soltera

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo (asignado al nacer):  Masculino  Femenino  Desconocido

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono (1ª llamada): \_\_\_\_\_ Tipo:  Celular  Familiar  Hogar  Vecino  Trabajo

Teléfono (2ª llamada): \_\_\_\_\_ Tipo:  Celular  Familiar  Hogar  Vecino  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido:  Teléfono  Correo electrónico

Contacto en caso de emergencia (N.º 1): \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

Contacto en caso de emergencia (N.º 2): \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

Seleccione una (1) respuesta en cada una de las seis (6) categorías a continuación:

1. Idioma de preferencia:

- |                                 |                                  |                                      |   |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Árabe  | <input type="checkbox"/> Inglés  | <input type="checkbox"/> Farsi/Persa | <input type="checkbox"/> Filipino/Tagalo          |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Hindi   | <input type="checkbox"/> Japonés     | <input type="checkbox"/> Coreano                  |
| <input type="checkbox"/> Ruso   | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Vietnamita  | <input type="checkbox"/> Otro; especifique: _____ |

Si necesita un intérprete durante su visita, notifíquelo en la recepción cuando llegue o informe al agente virtual una vez conectado, en el caso de las visitas de telesalud.

2. Raza:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco
- Otra
- Se desconoce
- Opta por no divulgar

3. Identidad de género:

- Hombre
- Mujer
- Mujer-a-hombre (FTM)/hombre transgénero/hombre trans
- Hombre-a-mujer (MTF)/mujer transgénero/mujer trans
- Genderqueer; ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
- Categoría de género adicional u otra categoría; especifique: \_\_\_\_\_
- Opta por no divulgar

4. Etnia:

- Hispano o latino
- No hispano o latino
- Otra
- Se desconoce
- Opta por no divulgar

5. Pronombres:

- Él
- Él o elle
- Ella
- Ella o elle
- Elle
- Opta por no divulgar

6. Orientación sexual:

- Lesbiana, gay u homosexual
- Heterosexual
- Bisexual
- Otro; especifique: \_\_\_\_\_
- No lo sabe
- Opta por no divulgar

**Coordinación de la atención**

Médico remitente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código postal

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código postal

Otro proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Paciente nuevo y antecedentes familiares**

Fecha actual: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer nombre

Apellido

Segundo nombre o apellido de soltera

**Hábitos**

¿Consumo alguno de los siguientes?

Alcohol:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_

Tabaco:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_

Cafeína:  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_

Drogas recreativas:

Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo ha dejado, ¿cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_

**Dieta y nutrición**

¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos 3 meses?  Sí  No En caso afirmativo: número de libras perdidas \_\_\_\_\_; ganadas \_\_\_\_\_

Marque las palabras que describan mejor su dieta:  Regular  Blanda  Líquida  Para personas con diabetes  Con suplementos

Otra: \_\_\_\_\_

Describa su apetito:  Bueno  Regular  Malo

¿Tiene diabetes?  Sí  No En caso afirmativo, de qué tipo: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cómo la controla?  Con dieta  Con medicamentos orales  Con insulina  Otro: \_\_\_\_\_

**Actividad física**

¿Necesita utilizar alguno de los siguientes? (marque todas las opciones que correspondan):  Bastón  Caminador  Silla de ruedas

Tanque de oxígeno  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dedica a hacer ejercicio a la semana? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

Seleccione uno (1) de los siguientes estados de actividad:

- Completamente activo.
- Con restricción para actividades físicas extenuantes; puede moverse y realizar actividades ligeras.
- Camina sin ayuda; capaz de realizar todo el cuidado personal. Levantado más del 50 % del tiempo en que está despierto.
- Capaz de cuidar de sí mismo solo de forma limitada; confinado en una cama o silla más del 50 % del tiempo en que está despierto.
- Completamente discapacitado; no es capaz de realizar todo el cuidado personal; totalmente confinado a la cama o a una silla.

**Situación de discapacidad**

1. ¿Es sordo o tiene dificultades auditivas graves?  Sí  No  Opta por no divulgar
2. ¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso con gafas?  Sí  No  Opta por no divulgar
3. ¿Tiene alguna dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional? (5 años o más)  Sí  No  Opta por no divulgar
4. ¿Tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras? (5 años o más)  Sí  No  Opta por no divulgar
5. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse? (5 años o más)  Sí  No  Opta por no divulgar
6. ¿Tiene dificultades para realizar actividades por su cuenta, como ir al consultorio del médico o hacer las compras, debido a una afección física, mental o emocional? (15 años o más)  Sí  No  Opta por no divulgar

**Profesión**

¿Actualmente trabaja?  Sí  No

Horario laboral:  A tiempo completo  A medio tiempo  En licencia por enfermedad  Jubilado  Discapacitado

Empleador y profesión actual (o anterior si está jubilado): \_\_\_\_\_

**Información sobre la familia**

Estado civil:  Divorciado  En pareja  Casado  Separado  Soltero  Viudo  Desconocido

¿Con quién vive? (Marque todas las opciones que correspondan):  Vivo solo  Con mi cónyuge  Con mis hijos  Con mis padres  Con un amigo  Otro: \_\_\_\_\_

¿Quién ayuda en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuenta con transporte diario?  Sí  No

Indique la cantidad y las edades de los dependientes en el cuadro a continuación:

| Dependientes         | Hijas | Hijos | Hijastros | Hijos adoptivos | Hijos en acogida | Padres/abuelos |
|----------------------|-------|-------|-----------|-----------------|------------------|----------------|
| Cantidad de cada uno |       |       |           |                 |                  |                |
| Edades               |       |       |           |                 |                  |                |

**Paciente nuevo y antecedentes familiares**

Fecha actual: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer nombre

Apellido

Segundo nombre o apellido de soltera

**Antecedentes reproductivos**

Las personas diagnosticadas con cáncer suelen tener preocupaciones sobre su actividad sexual. ¿Tiene preocupaciones al respecto?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuál es su preocupación? \_\_\_\_\_

¿Toma o ha tomado terapia de reemplazo hormonal (TRH)?  Sí  No

↳ En caso afirmativo, indíquelo a continuación. Tenga en cuenta que esto incluye la terapia de reemplazo de testosterona (TRT) y las píldoras

| Nombre o descripción | Tipo | Inicio (fecha o año) | Finalización (fecha o año) |
|----------------------|------|----------------------|----------------------------|
|                      |      |                      |                            |
|                      |      |                      |                            |
|                      |      |                      |                            |

Solo para mujeres:

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

Cantidad de embarazos: \_\_\_\_\_

Edad de la última menstruación (menopausia): \_\_\_\_\_

Cantidad de bebés que nacieron vivos: \_\_\_\_\_

Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_

Edad del primer bebé nacido vivo: \_\_\_\_\_

¿Ha amamantado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo (meses)?: \_\_\_\_\_

¿Le han extirpado el útero?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿a qué edad?: \_\_\_\_\_

¿Le han extirpado los ovarios?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿a qué edad?: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué ovario le extirparon?  Ambos  Ovario izquierdo  
 Ovario derecho

Solo para hombres:

Impotencia (disfunción eréctil):  Sí  No

¿Ha tenido algún cambio en su deseo sexual?  Sí  No

**Antecedentes familiares**

¿Usted o algún miembro de su familia se ha sometido a una prueba genética de detección de cáncer?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado de la prueba? \_\_\_\_\_

¿Existe algún antecedente familiar de cáncer, trastorno sanguíneo, enfermedad cardiovascular u otro problema médico? En caso afirmativo, anótelo a continuación:

| Parentesco     | Nombre | Estado  | Edad actual o edad en el momento del fallecimiento | Problema o diagnóstico médico | Edad de aparición |
|----------------|--------|---|--|-------------------------------|-------------------|
| Madre          |        | <input type="checkbox"/> Viva<br><input type="checkbox"/> Fallecida   |  |                               |                   |
| Padre          |        | <input type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido   |  |                               |                   |
| Hijos          |        | <input type="checkbox"/> Vivos<br><input type="checkbox"/> Fallecidos |  |                               |                   |
| Hermanos       |        | <input type="checkbox"/> Vivos<br><input type="checkbox"/> Fallecidos |  |                               |                   |
| Hermanas       |        | <input type="checkbox"/> Vivas<br><input type="checkbox"/> Fallecidas |  |                               |                   |
| Abuela materna |        | <input type="checkbox"/> Viva<br><input type="checkbox"/> Fallecida   |  |                               |                   |
| Abuelo materno |        | <input type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido   |  |                               |                   |
| Abuela paterna |        | <input type="checkbox"/> Viva<br><input type="checkbox"/> Fallecida   |  |                               |                   |
| Abuelo paterno |        | <input type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Fallecido   |  |                               |                   |
| Tías           |        | <input type="checkbox"/> Vivas<br><input type="checkbox"/> Fallecidas |  |                               |                   |
| Tíos           |        | <input type="checkbox"/> Vivos<br><input type="checkbox"/> Fallecidos |  |                               |                   |
| Primos         |        | <input type="checkbox"/> Vivos<br><input type="checkbox"/> Fallecidos |  |                               |                   |

**Antecedentes médicos anteriores**

Fecha actual: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido Segundo nombre o apellido de soltera

¿Por qué cree que se lo está atendiendo? \_\_\_\_\_

Enumere todos los demás diagnósticos y afecciones. Si necesita más espacio, copie esta página.

| Diagnóstico/afección | Nombre del médico | N.º del consultorio del médico | Fecha |
|----------------------|-------------------|--------------------------------|-------|
|                      |                   |                                |       |
|                      |                   |                                |       |
|                      |                   |                                |       |
|                      |                   |                                |       |
|                      |                   |                                |       |

Enumere aquí las cirugías previas, junto con la edad aproximada en la que se realizaron (incluya cirugías menores, amigdalectomía, tumores, etc.).

| Cirugía/lesión/hospitalización | Nombre del médico/hospital | N.º del consultorio del médico | Fecha |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------|
|                                |                            |                                |       |
|                                |                            |                                |       |
|                                |                            |                                |       |
|                                |                            |                                |       |

- ¿Ha recibido tratamientos con radiación, radio, implantes radiactivos o cobalto en el pasado?  Sí  No  
 En caso afirmativo, especifique el nombre del centro: \_\_\_\_\_
- ¿Se ha hecho radiografías en los últimos seis (6) meses?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido quimioterapia o inmunoterapia?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún implante metálico (en la columna vertebral, en la cadera, en la rodilla, etc.)?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene claustrofobia? (miedo a estar en espacios cerrados o estrechos):  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿cómo la controla? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le prohíba recibir hemoderivados?  Sí  No
- ¿Tiene un marcapasos o desfibrilador?  Sí  No

**Mantenimiento preventivo de la salud**

Indique las fechas de cada una de las siguientes evaluaciones o responda “ninguna” o “N/A”:

|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| <u>Pruebas de detección:</u> | Última mamografía: _____                | Última densitometría ósea (DEXA): _____    |
|                              | Última prueba de Papanicolaou: _____    | Último examen de próstata/PSA: _____       |
|                              | Última colonoscopia: _____              | Última tomografía de tórax y pulmón: _____ |
|                              | Último examen dental: _____             |  |
| <u>Vacunas:</u>              | Última vacuna contra la neumonía: _____ | Última vacuna contra la COVID: _____       |
|                              | Última vacuna contra la gripe: _____    | Última vacuna contra la hepatitis B: _____ |
|                              | Última vacuna contra el VPH: _____      |  |

**Directivas anticipadas**

- ¿Ha firmado un poder notarial para la atención médica (MPOA)?  Sí  No
- ¿Ha firmado una directiva a los médicos (testamento vital)?  Sí  No
- ¿Ha firmado una orden de no resurrección fuera del hospital (OOH-DNR)?  Sí  No
- ¿Le gustaría obtener más información sobre nuestro Programa de Planificación Anticipada de la Atención?  Sí  No
- Si ha firmado alguno de estos documentos legales, hable con el personal de enfermería sobre sus decisiones y traiga una copia a la cita.

**Lista de medicamentos y alergias**

Fecha actual: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido Segundo nombre o apellido de soltera

**Información farmacéutica**

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Enumere todos los medicamentos recetados, vitaminas, hierbas y medicamentos de venta libre que toma actualmente y/o traiga sus medicamentos a la cita. Si necesita más espacio, copie esta página.

| Medicamento<br><small>(incluya medicamentos con receta, de venta libre y/o vitaminas)</small> | Concentración | Dosis | Cuántas veces al día |
|---|---------------|-------|----------------------|
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |
|   |               |       |                      |

**\*\* Alergias \*\***

| Medicamento/fármaco<br><small>(incluya medicamentos con receta, de venta libre y/o vitaminas)</small> | Describe la reacción |
|---|----------------------|
|   |                      |
|   |                      |
|   |                      |
|   |                      |
|   |                      |

¿Ha tenido algún problema con la anestesia?  Sí  No En caso afirmativo, descríbalo: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes?:  Contraste  Yodo  Mariscos  Látex  
 En caso afirmativo, ¿qué tipo de reacción tuvo?  Urticarias  Falta de aire  Otra: \_\_\_\_\_  
 Información y/o comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de HC: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Voluntariamente, doy mi consentimiento para que Texas Oncology consulte y use mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.

Entiendo que mi historial de medicamentos recetados (que incluye, entre otros, recetas, análisis de laboratorio y otra información histórica sobre medicamentos de atención médica) de diferentes proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios farmacéuticos puede ser consultado por mis proveedores y el personal aquí, y puede incluir recetas que datan de varios años.

Reconozco que Texas Oncology puede utilizar sistemas de intercambio de información médica para transmitir mi historial de medicamentos recetados, recibirlo y/o acceder electrónicamente a él.

Entiendo que este consentimiento será válido y tendrá vigencia mientras asista o reciba servicios de Texas Oncology, a menos que lo revoque por escrito, proporcionando dicha notificación a cada centro de atención al que asista o de donde reciba servicios.

Certifico que he leído lo anterior, o que alguien me lo ha leído.

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

Relación con el paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

Si el paciente necesita una traducción o una lectura verbal de este documento, la persona que lo lea o traduzca debe documentarse y firmar a continuación:

Firma del lector/traductor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas**

Fecha actual: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer nombre

Apellido

Segundo nombre o apellido de soltera

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Qué síntomas tiene actualmente? (Indique todas las opciones que correspondan)

| CONSTITUCIONALES  | SÍ | EN LA PIEL   | SÍ | ENDOCRINOS   | SÍ |
|---|----|--|----|--|----|
| Escalofríos   |    | Secreción mamaria ( <input type="checkbox"/> Izq. o <input type="checkbox"/> Der.) |    | Problemas de tiroides  |    |
| Fiebre  |    | Bulto en el seno ( <input type="checkbox"/> Izq. o <input type="checkbox"/> Der.)  |    | Intolerancia al frío   |    |
| Falta de apetito  |    | Urticarias   |    | Hambre en exceso   |    |
| Debilidad   |    | Cambios en los lunares   |    | Sed en exceso  |    |
| Aumento de peso   |    | Erupciones   |    | Intolerancia al calor  |    |
| Pérdida de peso   |    | Lesión en la piel  |    |  |    |
| EN LOS OJOS   | SÍ | GASTROINTESTINALES (GI)  | SÍ | NEUROLÓGICOS   | SÍ |
| Visión borrosa  |    | Sangre en las heces  |    | Ansiedad   |    |
| Episodios de mareo  |    | Dolor de estómago crónico  |    | Problemas de equilibrio  |    |
| Doble visión  |    | Heces de color claro   |    | Confusión  |    |
| Dolor de ojos   |    | Estreñimiento  |    | Depresión  |    |
| Pérdida de visión   |    | Diarrea  |    | Mareos   |    |
| Gafas o lentes de contacto  |    | Acidez   |    | Dolor de cabeza  |    |
| Glaucoma  |    | Hemorroides  |    | Pérdida de memoria   |    |
| Aparición de "luces flotantes"  |    | Náuseas/vómitos  |    | Crisis nerviosa  |    |
| Cambio en la visión   |    | Úlceras  |    | Entumecimiento/hormigueo   |    |
|   |    | Vómitos con sangre   |    | Cambios de personalidad  |    |
|   |    |  |    | Convulsiones   |    |
|   |    |  |    | Cambios en el habla  |    |
| EN LA CABEZA Y EL CUELLO  | SÍ | GENITOURINARIOS (GU)   | SÍ | MUSCULOESQUELÉTICOS  | SÍ |
| Obstrucción nasal crónica   |    | Sangre en la orina   |    | Artritis   |    |
| Problemas en los dientes  |    | Ardor o dolor al orinar  |    | Dolor de espalda   |    |
| Dificultad para tragar  |    | Orina oscura   |    | Dolor de huesos  |    |
| Secreción de los oídos  |    | Orina frecuente  |    | Fracturas  |    |
| Boca seca   |    | Incontinencia  |    | Rigidez articular  |    |
| Dolor de oído ( <input type="checkbox"/> Izq. o <input type="checkbox"/> Der.)    |    | Infecciones  |    | Movimiento limitado  |    |
| Audífonos ( <input type="checkbox"/> Izq. o <input type="checkbox"/> Der.)        |    | Cálculos renales   |    | Espasmos musculares  |    |
| Pérdida auditiva ( <input type="checkbox"/> Izq. o <input type="checkbox"/> Der.) |    | Orina a menudo por la noche  |    | Parálisis  |    |
| Ronquera  |    |  |    | Problemas para caminar   |    |
| Úlceras en la boca  |    | Solo para hombres:   |    | Hinchazón de las extremidades  |    |
| Sangrado de la boca/garganta  |    | Disfunción eréctil   |    | Debilidad en el lado <input type="checkbox"/> Izq. o <input type="checkbox"/> Der. |    |
| Dolor al tragar   |    |  |    |  |    |
| Rigidez persistente del cuello  |    | Solo para mujeres:   |    |  |    |
| Sangrados nasales constantes  |    | Sangrado vaginal   |    |  |    |
| Zumbido en los oídos  |    | Secreción vaginal  |    |  |    |
| Dolor de dientes  |    |  |    |  |    |
| CARDIOVASCULARES  | SÍ | RESPIRATORIOS  | SÍ | HEMATOLÓGICOS  | SÍ |
| Hinchazón de tobillos   |    | Tos crónica  |    | Anemia   |    |
| Dolor en el pecho   |    | Tos con sangre   |    | Problemas de sangrado  |    |
| Problemas de circulación  |    | Dificultad para respirar   |    | Coágulos sanguíneos  |    |
| Hipertensión arterial   |    | Tos seca   |    | Sangrado fácil   |    |
| Colesterol alto   |    | Tos productiva   |    | Moretones con facilidad  |    |
| Hipotensión arterial  |    | Falta de aire  |    |  |    |
| Marcapasos o desfibrilador  |    | Sangre en la saliva  |    | INMUNOLÓGICOS  | SÍ |
| Palpitaciones   |    | Utiliza oxígeno _____ L/min  |    | Alergias alimentarias  |    |
|   |    | Sibilancias/asma   |    | Alergias estacionales  |    |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de HC: \_\_\_\_\_



### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento para divulgar verbalmente información sobre mi salud a las personas indicadas a continuación. Esto puede incluir cualquier información sobre mi estado de salud, como mis afecciones, síntomas, resultados de pruebas, medicamentos, facturación y programación.

**Nombre de contacto:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la revoque por escrito. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva en la medida en que las personas a las que he autorizado a utilizar y/o divulgar mi información médica ya hayan actuado basándose en esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si esta autorización está firmada por un representante personal del paciente en nombre del paciente, complete lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Si el paciente necesita una traducción o una lectura verbal de este documento, la persona que lo lea o traduzca debe documentarse y firmar a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del lector/traductor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/RESPONSABILIDADES FINANCIERAS**

1. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos ni reembolsados por mi aseguradora y/o proveedor de beneficios al momento del servicio. Acepto que, en caso de impago, asumiré los costos de intereses, cobro y posibles acciones legales.
2. Autorizo a mi aseguradora y/o proveedor de beneficios a divulgar información sobre mi cobertura a Texas Oncology P.A.
3. Mi derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, suministros y servicios de enfermería o médicos, incluidos los beneficios médicos principales, se asigna por la presente a Texas Oncology P.A. Esta asignación cubre todos los beneficios de Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Reconozco este documento como una cesión legalmente vinculante para el cobro de mis beneficios como pago de las reclamaciones por servicios. En caso de que mi aseguradora y/o proveedor de beneficios prohíba la cesión de beneficios, por la presente instruyo y ordeno a mi aseguradora o proveedor de beneficios que emita los cheques de beneficios a mi nombre y los envíe a la atención de mi nombre, "a cargo de" a la siguiente dirección:

c/o Texas Oncology, P.A.  
PO Box 515013  
Dallas, TX 75251

4. Autorizo a Texas Oncology a interponer recursos administrativos, presentar demandas de pago y cualquier otra causa de acción, incluidas las reclamaciones de ERISA, y a emprender acciones legales en mi contra si no endoso a Texas Oncology cualquier pago que reciba.

ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO.

He recibido una copia de las declaraciones anteriores y acepto las condiciones. Un duplicado de las declaraciones se considera igual que el original.

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

Relación con el paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

Si el paciente necesita una traducción o una lectura verbal de este documento, la persona que lo lea o traduzca debe documentarse y firmar a continuación:

Firma del lector/traductor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solo para uso de Texas Oncology  
Fecha de la confirmación de recepción: \_\_\_\_\_

## **SUS DERECHOS Y PROTECCIONES FRENTE A FACTURAS MÉDICAS SORPRESA**

Cuando reciba atención de urgencia o lo atienda un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, estará protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no deberían cobrarle más que los copagos, el coseguro y/o el deducible de su plan.

### **¿Qué es la “facturación de saldos” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?**

Cuando acude a un médico u otro proveedor de atención médica, puede tener que pagar determinados gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Si consulta a un proveedor o acude a un centro de salud fuera de la red de su plan de salud, es posible que tenga costos adicionales o que deba pagar la factura completa.

El término “fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato para prestar servicios con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama “facturación de saldos”. Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y puede que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldos inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no tiene control sobre quién interviene en su atención, como cuando tiene una urgencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares, según el procedimiento o servicio.

### **Usted cuenta con protección contra la facturación de saldos en los siguientes casos:**

#### **Servicios de urgencia**

Si tiene una urgencia médica y recibe servicios de urgencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de urgencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estabilizado, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para evitar que se le facture de forma equilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

La ley de Texas protege a los pacientes con un seguro de salud regulado por el estado contra las facturas médicas sorpresa en casos de urgencia o cuando no pueden elegir al médico. En esos casos, la ley prohíbe que los médicos y proveedores envíen facturas médicas sorpresa a los pacientes.

#### **Ciertos servicios que reciba en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red**

Cuando reciba atención de urgencia o lo atienda un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, estará protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no deberían cobrarle más que los copagos, el coseguro y/o el deducible de su plan. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujanos asistentes, médicos hospitalarios o servicios genéticos. Estos proveedores no pueden facturarle saldos ni pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen saldos.

Si recibe otro tipo de servicios en estos centros de la red, los proveedores de fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

**Nunca** se le exigirá que renuncie a su protección frente a la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir asistencia fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

La ley de facturación sorpresa de Texas se aplica a los planes de seguros regulados por el estado, al Sistema de Jubilación de Empleados de Texas y al Sistema de Jubilación de Profesores de Texas. Cubre a los proveedores de servicios de diagnóstico por imágenes fuera de la red, a los proveedores de servicios de urgencias, a los proveedores que trabajan en centros hospitalarios (es decir, médicos que trabajan en un hospital o en un centro similar) y a los laboratorios. Si recibe servicios de uno de esos proveedores y tiene uno de los planes cubiertos, el proveedor no puede facturarle el saldo a menos que se lo notifique por escrito y obtenga su consentimiento por escrito para que le facturen el saldo antes de prestarle el servicio. Por ejemplo, un proveedor de la red puede solicitar pruebas de diagnóstico por imágenes o de laboratorio a un proveedor o laboratorio fuera de la red. Si se aplica la ley estatal, el proveedor fuera de la red no podrá facturarle el saldo por un servicio de salud cubierto o suministro relacionado si está relacionado con un servicio de salud realizado por su proveedor dentro de la red, a menos que firme una renuncia a la facturación de saldos y renuncie a sus protecciones.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe hacer lo siguiente:
  - Cubrir los servicios de urgencia sin exigirle que los apruebe por adelantado (lo que también se conoce como “autorización previa”).
  - Cubrir los servicios de urgencia que presten proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que debe al proveedor o al centro (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier monto que pague por servicios de urgencias o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Tiene derecho a recibir una “estimación de buena fe” que explique cuánto le costará su atención médica.

Según la ley, los proveedores de atención médica deben ofrecer a los pacientes que no tienen ciertos tipos de cobertura de atención médica, o que no utilizan ciertos tipos de cobertura de atención médica, una estimación de su factura por los artículos y servicios médicos antes de que se presten dichos servicios o artículos.

Tiene derecho a recibir una estimación de buena fe del costo total previsto de cualquier artículo o servicio médico, ya sea con una solicitud previa o al programar dichos artículos o servicios. Esto incluye costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y honorarios hospitalarios.

Si programa un artículo o servicio médico con al menos 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que el proveedor o centro de salud le proporcione una estimación de buena fe, por escrito, no más de 1 día hábil después de la programación. Si programa un artículo o servicio médico con al menos 10 días hábiles de anticipación, asegúrese de que el proveedor o centro de salud le proporcione una estimación de buena fe, por escrito, no más de 3 días hábiles después de la programación. También puede solicitar a cualquier proveedor o centro de salud una estimación de buena fe antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor de atención médica o el centro de salud le brinden una estimación de buena fe, por escrito, no más de 3 días hábiles posteriores a la solicitud.

Si recibe una factura de un proveedor o centro de salud que supere en al menos \$400 la estimación de buena fe que le haya proporcionado dicho proveedor o centro, puede impugnar la factura.

**Si cree que se le ha facturado por error**, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al (800) 985-3059, o con el Departamento de Seguros de Texas al (800) 252-3439.

Para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal, visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers). Para obtener más información sobre sus derechos según la ley de Texas, visite <https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html>.

## FACTURACIÓN AL PACIENTE

Texas Oncology ofrece a nuestros pacientes atención médica y financiera de calidad. Se mantiene la confidencialidad del paciente mientras se recibe el pago correspondiente por la atención médica proporcionada. A continuación, se presenta un resumen detallado de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la facturación a pacientes.

1. Los pacientes deben abonar los copagos en el momento del servicio con uno de los métodos de pago aceptados. Texas Oncology acepta las tarjetas de crédito principales (Visa, MasterCard, Discover y American Express) y transferencias ACH (pagos bancarios directos).
2. Todos los pagos recibidos se procesarán electrónicamente y los recibos estarán disponibles a solicitud.
3. Los pacientes recibirán una estimación de buena fe (GFE) de los cargos esperados por todos los servicios solicitados y/o programados de parte de un representante de la oficina comercial, a solicitud, si el seguro no cubre completamente todos los servicios y/o el paciente es de pago directo, tiene seguro insuficiente o ha sido declarado indigente.
  - a. Los pacientes también pueden solicitar, en cualquier momento, una estimación de buena fe de los cargos previstos.
  - b. Los elementos o servicios adicionales que los proveedores o centros convocantes recomienden como parte del plan de atención deben ser programados o solicitados por separado y no se reflejan en la estimación de buena fe.
  - c. La información proporcionada en la estimación de buena fe es solo una estimación de los artículos o servicios que se espera razonablemente que se proporcionen al paciente; los artículos, servicios o cargos reales pueden diferir de la estimación.
  - d. Las estimaciones de buena fe no son contratos de servicio y no es obligatorio que el paciente obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o centros identificados en la estimación.
  - e. Los pacientes tienen el derecho de iniciar el proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos facturados reales son sustancialmente más altos que los cargos esperados incluidos en la estimación de buena fe. Para obtener más información, comuníquese con la oficina comercial del médico en nuestra página web [www.texasoncology.com](http://www.texasoncology.com).
4. Los pacientes deben notificar de inmediato a la oficina comercial sobre cualquier cambio en la cobertura del seguro, la dirección de facturación, el nombre legal, el médico remitente o cuando ingresen a un centro de rehabilitación o a un centro de enfermería especializada (SNF).
5. La oficina comercial presentará las reclamaciones de seguros primario, secundario y terciario por los servicios prestados.
6. Después de que la aseguradora realice un pago, la oficina comercial conciliará la explicación de pago. Al paciente se le facturará el monto no pagado, a menos que lo prohíba un contrato con una aseguradora.
7. Se facturará directamente al paciente cualquier reclamación rechazada debido a su inelegibilidad, los límites de beneficios o los servicios no cubiertos, a menos que lo prohíba un contrato con la aseguradora.
8. Si un paciente recibe un pago directo de una aseguradora o un programa de defensa del paciente específicamente indicado como pago por los servicios prestados, Texas Oncology se reserva el derecho de remitir el saldo pendiente a una agencia de cobros externa.
9. Los pacientes pueden solicitar una dirección de facturación alternativa.
10. Un paciente puede dar su consentimiento para divulgar información financiera a otras personas que actúen en su nombre. Puede comunicarse con la oficina comercial del médico en cualquier momento para actualizar el consentimiento.
11. Los pacientes pueden solicitar, en cualquier momento, un estado de cuenta detallado de los cargos facturados y los pagos.
12. Los estados de cuenta del paciente se enviarán por correo cada 30 días con un sobre de respuesta; los pacientes pueden optar por recibir los estados de manera digital. Si el saldo del paciente supera los 45 días, los pacientes podrán recibir una carta o una llamada telefónica para gestionar el cobro o establecer un plan de pago.
13. Los pacientes pueden recibir mensajes de texto y/o notificaciones por correo electrónico a la información de contacto registrada sobre sus saldos pendientes. Para solicitar inscribirse o darse de baja de las notificaciones por mensaje de texto y/o correo electrónico, los pacientes pueden comunicarse, en cualquier momento, con la oficina comercial del médico. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.
14. Los pacientes pueden pagar los saldos a través del portal seguro de pago de facturas en línea en [www.texasoncology.com](http://www.texasoncology.com). Para preguntas relacionadas con los estados de cuenta, la facturación o los pagos en línea, llame a la línea gratuita 1-855-425-9808.
15. Los pacientes pueden inscribirse en planes de pago sin intereses para cancelar los saldos. Para más información, llame a la línea gratuita 1-855-425-9808.
16. Texas Oncology no cobra intereses por los montos vencidos; sin embargo, nos reservamos el derecho de remitir cualquier factura no pagada después de 120 días a una agencia de cobros externa. Los agentes de cobros externos pueden utilizar toda la información demográfica proporcionada en los intentos manuales o automatizados de comunicación para informar sobre saldos no pagados. Esto incluye, entre otros, teléfono fijo, teléfono celular, teléfono del trabajo y cualquier forma de comunicación digital, como mensajes de texto, correos electrónicos y/o sistemas automáticos de marcación telefónica.
17. El farmacéutico o el personal de farmacia lo ayudará con cualquier duda sobre la facturación relacionada con los medicamentos orales.
18. Los pacientes pueden recibir cartas de notificación del beneficiario u otras notificaciones si su plan de seguros ofrece programas de atención basada en el valor o programas de atención personalizada en los que Texas Oncology participe.

Las preguntas o reclamaciones deben dirigirse a la oficina comercial principal de Texas Oncology, al teléfono 1-800-758-7608.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de HC: \_\_\_\_\_



### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Como paciente, usted tiene el control de los registros financieros de su atención médica. No divulgaremos información financiera sin su consentimiento, a menos que haya una autorización legal para que otra persona actúe en su nombre o que la ley permita la divulgación de otro modo.

Texas Oncology puede divulgar y discutir asuntos financieros de su cuenta con las personas registradas en el formulario de *Autorización para divulgar información*. Recuerde que el personal le pedirá elementos identificadores clave que ayuden a establecer la identidad de la persona. Esto puede incluir el nombre legal completo del paciente, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de teléfono, el garante, el suscriptor u otros identificadores personales únicos.

Para revocar el consentimiento para las personas autorizadas, puede comunicarse, en cualquier momento, directamente con la oficina comercial del médico. Se le solicitará que complete otro formulario de [Autorización para divulgar información](#).

### RECOPIACIÓN Y USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Texas Oncology recopila los números de Seguro Social (SSN) para procesar las reclamaciones y los reembolsos. Sus datos personales se conservan de forma segura y solo se accede a ellos para completar las funciones comerciales esenciales.

OPCIONAL: Al proporcionar su número de Seguro Social en el espacio a continuación, da su consentimiento para que Texas Oncology recopile y use esta información.

|  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

### CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS FINANCIEROS DEL PACIENTE

Confirme las siguientes afirmaciones:

- Recibí el formulario de *Facturación al paciente* y entiendo los términos y condiciones.
- Recibí el documento *Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresa*.
- Recibí el formulario de *Divulgación de información financiera* y entiendo los términos y condiciones.
- Recibí el formulario de *Recopilación y uso de los números de Seguro Social* y entiendo los términos y condiciones, así como que proporcionar mi número de Seguro Social es opcional.

Firme y feche a continuación:

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

Relación con el paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

Si el paciente necesita una traducción o una lectura verbal de este documento, la persona que lo lea o traduzca debe documentarse y firmar a continuación:

Firma del lector/traductor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Las preguntas o reclamaciones deben dirigirse a la oficina comercial principal de Texas Oncology, al teléfono 1-800-758-7608.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**Quiénes somos**

En este aviso, utilizamos términos como “nosotros”, “nuestro” o “centro” para referirnos a **Texas Oncology**, sus médicos, empleados, personal y otros colaboradores. Todas las sedes y ubicaciones de **Texas Oncology** cumplen con los términos de este aviso y pueden divulgar información médica entre ellas para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como para otros fines descritos en este aviso.

**Propósito de este aviso**

En este aviso se describe cómo podemos usar y divulgar su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como para otros fines permitidos o exigidos por la ley. En este aviso también se describen nuestras obligaciones legales para proteger la privacidad de su información médica y se explican sus derechos relacionados con la protección de dicha información. Crearemos un registro de los servicios que le prestamos, el cual incluirá su información médica. Necesitamos conservar esta información para asegurarnos de que reciba atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales relacionados con la prestación de dicha atención. Entendemos que su información médica es personal y nos comprometemos a proteger su privacidad, garantizando que su información médica no se utilice de manera inapropiada.

**Nuestras responsabilidades**

La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información médica e informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información médica. También estamos obligados a notificarle sobre las violaciones de la seguridad de su información médica no protegida. Respetaremos los términos de este aviso.

**Cómo podemos utilizar o divulgar su información médica**

**Las siguientes categorías describen ejemplos de cómo utilizamos y divulgamos información médica sin su autorización por escrito:**

Para el tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, su información médica se compartirá con el oncólogo y otros proveedores de atención médica que participen en su atención. Podemos divulgar su información médica a otro oncólogo para realizar una consulta. También podemos divulgar su información médica al médico de atención primaria o a otro proveedor de atención médica para asegurarnos de que disponga de toda la información necesaria para diagnosticarlo y tratarlo.

Para el pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica a terceros para que nos paguen o le reembolsen el tratamiento. Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted, a su aseguradora o a un tercero pagador. La factura puede contener información que lo identifique, su diagnóstico y los tratamientos o suministros utilizados durante el tratamiento. También podemos informar a su plan de salud sobre el tratamiento que recibirá para obtener la autorización previa o para determinar si el plan cubrirá el tratamiento.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su información médica para respaldar nuestras actividades empresariales. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del centro y para garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para actividades de evaluación de calidad, formación de estudiantes de medicina, acreditación necesaria y otras actividades esenciales. También podemos divulgar su información médica a “socios comerciales” terceros que prestan diversos servicios en nuestro nombre, como servicios de transcripción, facturación y cobro. En estos casos, firmaremos un acuerdo por escrito con el socio comercial para garantizar la privacidad de su información médica.

Es posible que le pidamos que firme con su nombre en una hoja de registro en el mostrador de inscripción y que lo llamemos por su nombre en la sala de espera cuando sea su turno para la cita.

Recordatorio de citas: Podemos utilizar y divulgar su información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sobre una próxima cita para recibir tratamiento o servicios de atención médica.

Personas implicadas en su asistencia o en el pago de la misma y notificaciones: Si da su consentimiento verbal para el uso o divulgación y en otras determinadas situaciones, realizaremos los siguientes usos y divulgaciones de su información médica. Podemos divulgar a su familia, amigos y a cualquier otra persona que usted identifique y que esté involucrada en su atención médica o que ayude a pagar por ella. Esta divulgación incluirá la información médica relevante para esa persona en relación con su cuidado o el pago de su atención. También podemos realizar estas divulgaciones después de su fallecimiento.

**Si desea que no divulguemos su información médica a un miembro de la familia o amigo que esté involucrado en su atención, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla al gerente de registros médicos de la oficina local de Texas Oncology.**

Podemos utilizar o divulgar su información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación dentro del centro, su estado general o su fallecimiento. También podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones de ayuda en casos de desastre para que su familia u otras personas responsables de su atención puedan ser notificadas sobre su afección, estado y ubicación.

**También estamos autorizados, en la medida en que lo permita la legislación correspondiente, a utilizar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes fines:**

Amenaza grave para la salud o la seguridad: Si hay una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona, podemos utilizar y divulgar su información médica a quien pueda ayudar a prevenir la amenaza o según sea necesario para que las autoridades de la ley identifiquen o detengan a un individuo.

Donación de órganos y tejidos: Si es donante de órganos, podemos utilizar y divulgar su información médica a las organizaciones que se encargan de la obtención, el trasplante o el almacenamiento de órganos, ojos o tejidos.

Indemnización por accidentes de trabajo: Podemos divulgar su información médica según lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes de trabajo o programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar la información médica a la autoridad gubernamental correspondiente. Solo lo haremos si está de acuerdo, o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades militares y para veteranos: Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información médica a las autoridades militares. La información médica de personal militar extranjero se puede divulgar a las autoridades militares extranjeras.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia: Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente y otros: Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que proporcionen servicios de protección para el presidente y otros, incluidos los jefes de estado extranjeros.

Reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario de la ley para ayudarles a proporcionarles atención médica, proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional.

Investigación: Podemos utilizar y divulgar su información médica para ciertas actividades de investigación sin su autorización escrita. Por ejemplo, podríamos usar parte de su información médica para determinar si tenemos suficientes pacientes para llevar a cabo un estudio de investigación sobre el cáncer. Para ciertas actividades de investigación, un Comité de Revisión Institucional (IRB) o un Comité de Privacidad puede aprobar el uso y la divulgación de su información médica sin su autorización.

Según lo exija la ley: Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

**USOS PROHIBIDOS: La ley federal prohíbe el uso y la divulgación de su información de salud para investigaciones o procedimientos penales, civiles o administrativos por el “mero hecho de” buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva que era legal cuando se proporcionó.** Este tipo de información no se puede compartir sin antes obtener una garantía por parte del tercero que solicita su información médica de que la misma no será utilizada para acusarlo de un delito. Algunos ejemplos de atención médica reproductiva son los siguientes: control de la natalidad, detección de embarazos, atención prenatal, gestión de abortos espontáneos, interrupción del embarazo y otros tipos de atención, procedimientos, servicios y suministros utilizados para el diagnóstico y tratamiento de afecciones relacionadas con el sistema reproductivo.

**En las siguientes situaciones, Texas Oncology obtendrá una declaración escrita y firmada por la persona que solicita la información, en la que se compromete a que no será utilizada para acusarlo de un delito.**

Procedimientos judiciales y administrativos: Si está involucrado en un procedimiento judicial, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Actividades de supervisión de la salud:** Podemos utilizar y divulgar su información médica a agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas de beneficios gubernamentales, el cumplimiento de los programas regulatorios gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su información médica, dentro de los límites establecidos, a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley para los siguientes fines:

- Cumplir con una orden judicial, una orden de arresto, una citación, una convocatoria u otro proceso legal similar.
- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida.
- Dar información sobre la víctima de un delito, si la víctima está de acuerdo o no podemos obtener su consentimiento.
- Dar información sobre una muerte que sospechamos pudo haber resultado de una conducta delictiva.
- Dar información sobre una conducta delictiva que creemos, de buena fe, que ocurrió en nuestras instalaciones.
- Denunciar un crimen que no ocurrió en nuestras instalaciones y dar información sobre la naturaleza del crimen, la ubicación del crimen y la identidad, descripción y ubicación de la persona que cometió el crimen en una situación de emergencia.

**Actividades de salud pública:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para actividades de salud pública, entre las que se incluyen las siguientes:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Comunicar nacimientos o defunciones.
- Denunciar abuso o negligencia de menores.
- Informar sobre actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de los productos regulados por la FDA.
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o corra el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección, según autorice la ley.
- Notificar a un empleador sobre los hallazgos relacionados con enfermedades o lesiones laborales o la vigilancia médica general que el empleador necesita para cumplir con la ley, si se le notifica sobre dicha divulgación.

**Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** Podemos utilizar y divulgar información médica a un forense o examinador médico. Esta divulgación puede ser necesaria para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos divulgar información médica, según sea necesario, a los directores de funerarias para ayudarles en el desempeño de sus funciones.

#### Otros usos y divulgaciones de su información médica que **requieren autorización por escrito:**

Los demás usos y divulgaciones de su información médica que no cubra este aviso se realizarán solo con su autorización por escrito. Estos son algunos ejemplos:

- **Notas de psicoterapia:** No solemos conservar sus notas de psicoterapia. Si lo hacemos, solo las utilizaremos y divulgaremos con su autorización por escrito, excepto en situaciones limitadas.
- **Marketing y recaudación de fondos:** Solo utilizaremos y divulgaremos su información médica para fines de marketing o recaudación de fondos con su autorización por escrito. Esto incluiría comunicaciones sobre tratamientos que le hagamos cuando recibamos un beneficio económico por hacerlo.
- **Venta de su información médica:** Solo venderemos su información médica con su autorización por escrito.
- **Registros de tratamiento de drogas:** Los registros relacionados con el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias no podrán ser utilizados ni divulgados en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra el individuo, a menos que se obtenga el consentimiento por escrito del individuo o una orden judicial.

Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información médica según lo especificado en su revocación, excepto en la medida en que ya hayamos actuado según su autorización.

Si da permiso para divulgar su información médica identificable a una persona o empresa, la información podría dejar de estar protegida. Existe el riesgo de que se divulgue su información sin su permiso.

#### Sus derechos con respecto a su información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

**Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho de solicitar restricciones sobre cómo utilizamos y divulgamos su información médica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. **En la mayoría de los casos, no estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla a la oficina local de Texas Oncology. Estamos obligados a aceptar una solicitud para restringir la divulgación a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica si no está requerida por la ley, si usted o alguien en su nombre, que no sea el plan de salud, pagó por completo los servicios o artículos de su bolsillo.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en un lugar determinado con respecto a los servicios que recibe de nuestra parte. Por ejemplo, puede pedirnos que lo contactemos solo en el trabajo o solo por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla a la oficina local de Texas Oncology. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Trataremos de aceptar todas las solicitudes razonables.

**Derecho de inspección y copia:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Para inspeccionar y copiar su información médica, debe hacer su solicitud por escrito mediante el formulario correspondiente que le proporcionaremos, el cual deberá enviar a la oficina local de Texas Oncology. Puede solicitar acceso a su información médica en un formato electrónico específico si es fácilmente producible o, si no lo es, en un formato electrónico mutuamente acordado. Además, puede solicitar por escrito que enviemos una copia de su información médica a cualquier persona o entidad que designe. Su solicitud por escrito debe identificar claramente a esa persona o entidad y el lugar donde desea que enviemos la copia. Si solicita una copia de su información médica, podemos cobrar una tarifa basada en los costos por la mano de obra, suministros y envío necesarios para cumplir con su solicitud.

Es posible que deneguemos su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar que un profesional de la salud autorizado elegido por nosotros revise la denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho de enmienda:** Si considera que su información médica es incorrecta o incompleta, puede solicitar que modifiquemos su información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras mantengamos la información. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito mediante el formulario correspondiente que le proporcionaremos, el cual deberá enviar a la oficina local de Texas Oncology.

Es posible que deneguemos su solicitud de enmienda. Si esto ocurre, se le notificará el motivo de la denegación y se le dará la oportunidad de presentar una declaración escrita de desacuerdo con nosotros, la cual formará parte de su historial médico.

**Derecho a un informe sobre las divulgaciones:** Tiene el derecho de solicitar un informe sobre las divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Tenga en cuenta que no es necesario que incluyamos ciertas divulgaciones en el informe que le proporcionamos.

Para solicitar un informe sobre las divulgaciones, debe hacer su solicitud por escrito mediante el formulario correspondiente que le proporcionaremos, el cual deberá enviar a la oficina local de Texas Oncology. Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. El primer informe sobre las divulgaciones que solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para informes adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar el informe. Le notificaremos sobre los costos involucrados y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de que se generen.

**Derecho a una copia impresa de este aviso:** Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si previamente aceptó recibirlo electrónicamente. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la oficina local de Texas Oncology. También puede obtener una copia impresa de este aviso en nuestro sitio web, [www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com).

#### Modificaciones de este aviso

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean válidas para toda la información médica que actualmente mantenemos, así como para cualquier información médica que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios materiales o importantes en nuestras prácticas de privacidad, revisaremos rápidamente nuestro aviso. Publicaremos una copia del aviso actualizado en el área de espera de la oficina local de Texas Oncology. Cada versión del aviso tendrá una fecha de vigencia en la primera página. Las actualizaciones a este aviso también estarán disponibles en nuestro sitio web, [www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com).

#### Quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, dirija sus consultas a: **Texas Oncology, al 1-888-864-ICAN (4226) y pregunte por el responsable de privacidad.** También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **No se tomarán represalias contra usted ni se le penalizará por presentar una queja.**

#### Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con **Texas Oncology al 1-888-864-ICAN (4226) y pregunte por el responsable de privacidad.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de HC: \_\_\_\_\_



## CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Texas Oncology se compromete a proteger su privacidad y a garantizar que su información médica se utilice y se divulgue adecuadamente. Este Aviso de prácticas de privacidad detalla todos los posibles usos y divulgaciones de su información médica por nuestro centro, así como sus derechos respecto a su información de salud. **Firme el siguiente formulario para confirmar que ha recibido nuestro Aviso de prácticas de privacidad.**

Confirmando que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Texas Oncology.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

Si el paciente necesita una traducción o una lectura verbal de este documento, la persona que lo lea o traduzca debe documentarse y firmar a continuación:

Firma del lector/traductor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Solo para uso de Texas Oncology  
Fecha de la confirmación de recepción: \_\_\_\_\_

-0-

Motivo por el cual no se obtuvo la confirmación:

---

---

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de HC: \_\_\_\_\_



## DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE FIRMA ELECTRÓNICA

Esta divulgación y consentimiento de firma electrónica establece los términos y condiciones que rigen mi consentimiento para firmar documentos electrónicamente a través del software de registro electrónico o portal de Texas Oncology, P.A.

1. Reconozco y acepto que mi firma electrónica será considerada como una firma original para todos los fines y tendrá la misma validez y efecto que una firma original en formato no electrónico.
2. Entiendo que la copia almacenada electrónicamente de mi firma, cualquier instrucción o autorización escrita, y cualquier otro documento proporcionado por Texas Oncology, P.A. se consideran el registro verdadero, exacto y completo, legalmente vinculante en cualquier procedimiento, con la misma validez que si dichos documentos se hubieran generado y mantenido originalmente en formato impreso.
3. Acepto no impugnar la admisibilidad ni la fuerza ejecutoria de la copia almacenada electrónicamente de este documento y de cualquier otro documento.
4. Puedo rechazar firmar electrónicamente este documento y comunicarme directamente con Texas Oncology, P.A. para retirar mi consentimiento para firmar electrónicamente este documento.
5. Puedo comunicarme con Texas Oncology, P.A. por separado para solicitar firmar estos documentos en papel o recibir una copia impresa de los documentos firmados.
6. Acepto los términos y condiciones de este documento en mi nombre o como representante o tutor legal del paciente en cuyo nombre estoy firmando este documento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y que acepto la información anterior.

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

Relación con el paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

Si el paciente necesita una traducción o una lectura verbal de este documento, la persona que lo lea o traduzca debe documentarse y firmar a continuación:

Firma del lector/traductor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Solo para uso de Texas Oncology  
Fecha de la confirmación de recepción: \_\_\_\_\_