



FORMULARIOS DE PACIENTES TABLA DE CONTENIDO

Si es un paciente nuevo, complete los siguientes formularios y tráigalos a su cita.

Registro de pacientes	2
Historial médico	3-4
Notificación de Prácticas de Privacidad	5-9
Acuse de recibo de la notificación de Prácticas de Privacidad	10
Acuerdo de Política Financiera	11-15
Portal del Paciente	16
Consentimiento informado de comunicación electrónica del paciente	17-19
Políticas de la oficina	20-22
Seguimiento de resultados en pruebas en pacientes	23
Laboratorio WHASN	24
Divulgación de información sanitaria protegida	25
HIPAA/Autorización de Privacidad	26-27
Aviso de cesión de beneficios y autorización para la divulgación de información medica	28



REGISTRO DE PACIENTES

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____ Farmacia #: _____

Médico remitente: _____ Proveedor preferido: _____

Información para el paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre anterior: _____ Nombre preferido: _____ ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Transgénero

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SS#: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Apto./Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Inicio #: _____ Trabajo #: _____ ext. ____ Celular #: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Pareja de hecho ☐ Viudo

Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro: _____

Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Rechazado Idioma principal: _____

Partes Asociadas

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono #: _____

Nombre de los padres (si es menor de edad): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono #: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Información del seguro

Seguro Primario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____ SS# del Asegurado: ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ empleador del asegurado: _____

Seguro Secundario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____ SS# del Asegurado: ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ empleador del asegurado: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ PCP: _____ FECHA: ____/____/____

ANTECEDENTES PERSONALES/MÉDICOS

Ansiedad/Depresión ☐ Sí ☐ No

Anemia ☐ Sí ☐ No

Asma/afección pulmonar ☐ Sí ☐ No

Artritis ☐ Sí ☐ No

Trastorno hemorrágico ☐ Sí ☐ No

Problemas intestinales ☐ Sí ☐ No

Cáncer: _____

Diabetes ☐ Sí ☐ No

Colesterol elevado ☐ Sí ☐ No

Endometriosis/SOP ☐ Sí ☐ No

Enfermedad cardíaca ☐ Sí ☐ No

Presión arterial alta ☐ Sí ☐ No

Cefaleas ☐ Sí ☐ No

Enfermedad renal/cálculos ☐ Sí ☐ No

Enfermedad hepática/Hepatitis ☐ Sí ☐ No

Golpe ☐ Sí ☐ No

Trastorno de la tiroides ☐ Sí ☐ No

Otro: _____

HISTORIA SOCIAL

Casado/Soltero/Divorciado/Viudo/Separado

Humo: ☐ Sí ☐ Sin Packs por día: _____

Alcohol: ☐ Sí ☐ ¿Cuánto? _____

Drogas callejeras: _____

Marihuana: ☐ Médico ☐ Recreativo

Orientación sexual: _____

ALERGIAS: INCLUYE LA REACCIÓN A LA MEDICACIÓN

HISTORIA GINECOLÓGICA

Última prueba de Papanicolaou: _____ ☐ Normal ☐ Anormal

Última mamografías: _____ ☐ Normal ☐ Anormal

Última colonoscopia: _____ ☐ Normal ☐ Anormal

Última DEXA (ósea): _____ ☐ Normal ☐ Anormal

¿Tratamiento previo para las pruebas de Papanicolaou anormales?

☐ Colpo ☐ Criogénico ☐ LEEP ☐ Conización ☐ N/A

Última menstruación: _____

Edad de la primera menstruación: _____

Los períodos ocurren cada _____ días y duran _____ días

☐ Pesado ☐ Coágulos ☐ Dolor ☐ Calambres ☐ Sangrado irregular

Promedio # de toallas sanitarias/tampones usados por día: _____

Menopáusico: ☐ Sí ☐ No comenzó la Edad: _____

Histerectomía: ☐ Sí ☐ ¿No cuándo? _____

Quejas de: ☐ Dolor en los senos ☐ Esterilidad ☐ Fibromas ☐ Quistes ováricos

☐ Dolor con el coito ☐ Infecciones vaginales ☐ Pérdida de orina

¿Alguna vez te han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas?

Gonorrea ☐ Sí ☐ No

Clamidia ☐ Sí ☐ No

Herpes (genital) ☐ Sí ☐ No

VPH/Verrugas genitales ☐ Sí ☐ No

Hepatitis B o C ☐ Sí ☐ No

VIH ☐ Sí ☐ No

Sífilis ☐ Sí ☐ No

Número de parejas sexuales (a lo largo de la vida): _____

Método anticonceptivo actual: _____

Método(s) anticonceptivo(s) previo(s): _____

HISTORIAL DE EMBARAZO

Número de abortos espontáneos: _____ Abortos: _____ Ectópicos: _____ Nacidos vivos: _____

Fecha	Edad gestacional	Peso al nacer	Género	Cesárea o vaginal	Trabajo de parto temprano	Complicaciones

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Ablación Fecha: _____ Laparoscopia Fecha: _____
Cirugía de mama Fecha: _____ Extirpación de ovarios Fecha: _____
D&C Fecha: _____ Ligadura Fecha: _____
Histerectomía Fecha: _____

☐ Apendicectomía ☐ Cirugía de espalda ☐ Intestino ☐ Extirpación de fibromas ☐ Vesícula biliar ☐ Amigdalectomía

Otro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cáncer de mama ☐ Sí ☐ No Miembro de la familia: _____
Cáncer de ovario ☐ Sí ☐ Sin Miembro de la familia: _____
Cáncer de colon ☐ Sí ☐ No Miembro de la familia: _____

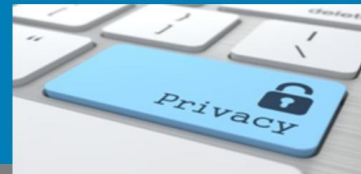
Otro: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Dosage: _____	Frequency: _____

Notificación de Prácticas de Privacidad

Women's Health Associates of Southern Nevada (WHASN)



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.

I. Nuestra obligación de salvaguardar su información médica protegida.

Entendemos que su información médica es personal y confidencial. Esté seguro de que estamos comprometidos con proteger esa información. Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionarle esta notificación acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a la información médica protegida. Estamos obligados por la ley a cumplir los términos de esta notificación, y nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación, haciendo que cualquier revisión sea aplicable a toda la información médica protegida que mantenemos. Si modificamos los términos de esta notificación, publicaremos una notificación modificada y haremos copias electrónicas y en papel de esta notificación de prácticas de privacidad para información médica protegida, disponibles bajo solicitud. Estamos obligados por la ley a notificarle en caso de que haya una fuga de su información médica protegida.

En general, cuando publicamos su información personal, debemos publicar únicamente la información necesaria para alcanzar el propósito del uso o la revelación. Sin embargo, toda su información médica personal que usted designe estará disponible para publicarse si firma un formulario de autorización, si solicitó la información para usted mismo, para un proveedor respecto a su tratamiento o debido a un requerimiento legal. No utilizaremos ni venderemos su información personal con fines comerciales sin su autorización escrita.

II. Cómo podemos utilizar y revelar su información médica protegida.

Para usos y divulgaciones relacionados con tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, no necesitamos una autorización para utilizar y revelar su información médica:

Para tratamiento: Podemos revelar su información médica a doctores, enfermeras y demás personal del cuidado de la salud que estén involucrados en proporcionar su cuidado de la salud. Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, su médico puede estar proporcionando tratamiento para un problema cardíaco y necesita asegurarse de que usted no presente otros problemas de salud que puedan interferir. El médico podría utilizar su historial médico para determinar que método de tratamiento (como un medicamento o cirugía) es mejor para usted. Su información médica también podría ser compartida entre miembros de su equipo de tratamiento, o con su farmaceuta o farmaceutas.

Para obtener pagos: Podemos utilizar o revelar su información médica para facturar y recaudar pagos por sus servicios de cuidado de la salud o para obtener permisos para un plan anticipado de tratamiento. Por ejemplo, para que Medicare o una empresa aseguradora pueda pagar su tratamiento, debemos presentar una factura que lo identifique a usted, a su diagnóstico y a los servicios que se le proporcionan. Como resultado, pasaremos este tipo de información médica a una aseguradora para ayudarlo a recibir pagos por sus facturas médicas.

Para operaciones de cuidado de la salud: Podemos utilizar o revelar su información médica en el curso de nuestras prácticas de operación. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para evaluar la calidad de los servicios proporcionados o revelar su información médica a nuestro contador o abogado con fines de auditoría.

Adicionalmente, a menos que usted objete, podemos utilizar su información médica para enviarle recordatorios de citas o información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Por ejemplo, podemos ver su historial médico para determinar la fecha y hora de su próxima cita con nosotros, y luego enviarle un recordatorio para ayudarlo a recordar. O podemos ver su información médica para decidir que otro tratamiento o un nuevo servicio que ofrecemos pueden interesarle.

También podemos utilizar o revelar su información médica, de acuerdo con las leyes estatales y federales, con los siguientes fines:

- ☐ Podemos revelar su información médica a las autoridades u otras funciones especializadas del gobierno en respuesta a una orden judicial, citación, convocación, emplazamiento o proceso similar.
- ☐ Podemos revelar información médica cuando una ley requiera que reportemos información acerca de supuesto abuso, abandono o violencia doméstica o relacionada con supuesta actividad criminal, o en respuesta a una orden judicial. También debemos revelar información médica a las autoridades que monitorean el cumplimiento de estos requerimientos de privacidad.
- ☐ Podemos revelar información médica cuando se nos requiera recolectar información acerca de enfermedades o lesiones, o para reportar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública. También podemos revelar información médica a la agencia de protección y defensa, u otra agencia responsable de monitorear el sistema de cuidado de la salud con fines tales como reportar o investigar incidentes inusuales.
- ☐ Podemos revelar información médica relacionada con la muerte de un individuo a forenses, examinadores médicos o directores de funerales, y a organizaciones de adquisición de órganos relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejido.
- ☐ En ciertas circunstancias, podemos revelar información médica para ayudar con investigación médica y psiquiátrica.

- ☐ Para evitar una seria amenaza a la salud o la seguridad, podemos revelar información médica a las autoridades u otras personas que puedan, razonablemente, prevenir o disminuir la amenaza de daño, o ayudar con la coordinación de esfuerzos de asistencia en caso de desastre.
- ☐ Si personas como miembros de la familia, parientes o amigos personales cercanos están involucrados en su cuidado o ayudan a pagar sus facturas médicas, podemos revelar información médica importante acerca de su ubicación, condición general o fallecimiento.
- ☐ Podemos revelar su información médica, como está autorizado por la ley, relacionada con indemnización al trabajador o programas similares.
- ☐ Podemos revelar su información médica en el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos.

Otros usos y revelaciones de su información médica:

Registros de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias (SUD): Si recibimos o conservamos cualquier información sobre usted procedente de un programa de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) cubierto por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) a través de un consentimiento general que usted otorga al Programa de la Parte 2 para utilizar y divulgar sus registros con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos utilizar y divulgar sus registros de la Parte 2 para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, tal y como se describe en este aviso. Si recibimos o conservamos su registro del Programa la Parte 2 a través de un consentimiento específico que nos haya proporcionado un Programa Parte 2 u otro tercero, utilizaremos y divulgaremos sus registros solo según lo permita expresamente el consentimiento que se nos haya proporcionado. Nunca utilizaremos ni divulgaremos su registro del Programa de la Parte 2, ni el testimonio que describe la información contenida en ese registro, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que lo autorice su consentimiento o una orden judicial con la documentación y los avisos necesarios

Intercambio de información sobre estado de salud: Podemos hacer que su información médica esté disponible electrónicamente para otros proveedores de cuidados de la salud, fuera de nuestras instalaciones, que estén involucrados en su cuidado.

Compartir electrónico de archivos de paciente: Nuestro centro participa en el intercambio de historiales electrónicos de pacientes con otros proveedores de atención médica. A través de este proceso, su información médica puede ponerse a disposición o recibirse de proveedores de atención médica externos que participan en su atención.

Alternativa de tratamiento: Podemos proporcionarle notificaciones de opciones de tratamiento o servicios relacionados con la salud que mejoren su salud en general.

Recordatorios de citas: Podemos contactarlo a manera de recordatorio de sus próximas citas o tratamientos.

Mensajes de texto y correo electrónico: Al proporcionar su información de contacto, como su nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico, da su consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto de nuestra parte con comunicaciones sobre los servicios que le brindamos o de otra índole de conformidad con este Aviso. Usted reconoce que el envío de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) en una comunicación no cifrada a través del Servicio de Mensajes Cortos (Short Message Service, SMS) o correo electrónico puede ser inseguro, y acepta recibir dichas comunicaciones. Estas comunicaciones pueden incluir mensajes enviados mediante el uso de teléfono fijo, teléfono celular y mensajes de texto (incluidos SMS y el Servicio de Mensajería Multimedia [Multimedia Messaging Service, MMS]). Es posible que utilicemos un sistema de marcación telefónica automática (o “marcador automático”), el cual puede emplear voz artificial, pregrabada o “robotextos”. Es posible que se apliquen las tarifas y gastos regulares de su operador. Puede dejar de recibir comunicaciones por correo electrónico en cualquier momento contactando con la oficina de su proveedor. Puede optar por no recibir mensajes de texto al responder “STOP” (ALTO) a los mensajes de texto que recibe de nosotros. Las solicitudes de exclusión voluntaria se atenderán con prontitud.

Herramientas de Inteligencia Artificial (IA): Podemos utilizar herramientas de inteligencia artificial (IA) para respaldar y mejorar la calidad y la eficiencia de su atención, por ejemplo, para la programación, la

documentación o el análisis de datos. Hemos adoptado medidas de protección para resguardar su información médica utilizada en conjunto con cualquier herramienta de IA, y todo uso de esta cumplirá con los estándares de privacidad y seguridad aplicables. Todas las decisiones relativas a su diagnóstico y tratamiento serán siempre tomadas por un médico cualificado y con licencia, utilizando su criterio clínico independiente. Cualquier uso de herramientas de IA sirve de apoyo a nuestros proveedores de atención médica con licencia, pero no sustituye su experiencia y criterio.

Los siguientes usos y revelaciones de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) requieren su autorización escrita:

- ☐ Mercadeo.
- ☐ Revelaciones por cualquier fin que requiera la venta de su información.
- ☐ Publicación de notas de psicoterapia: las notas de psicoterapia son las anotaciones realizadas por un profesional de la salud mental con fines de documentar una conversación durante una sesión privada. Esta sesión puede ser individual o grupal. Estas notas son guardadas por separado del resto del registro médico y no incluyen medicamentos y sus efectos en usted, horarios de inicio y final de las sesiones, tipos de tratamientos proporcionados, resultados de pruebas, diagnósticos, plan de tratamiento, síntomas, prognosis.

Otros usos y revelaciones de PHI no cubiertas por esta notificación, o por las leyes que aplican a nosotros, se realizarán solo con una autorización escrita. Si usted proporciona permisos para utilizar o revelar información médica acerca de usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Usted entiende que no podemos retirar ninguna revelación ya realizada con su permiso, y que requerimos retener nuestros registros del cuidado proporcionado a usted.

III. Sus derechos con respecto a su información médica.

Tiene diversos derechos con respecto a su información médica. Si desea ejercer alguno de estos derechos, por favor contacte a nuestro Departamento de Registros

Médicos en nuestra oficina. Específicamente, posee los siguientes derechos:

- **Derecho a solicitar restricciones:** Tiene el derecho a pedir que limitemos cómo utilizamos o revelamos su información médica. Requerimos que cualquier solicitud para uso o revelación de información médica se haga por escrito. Las notificaciones escritas deben ser enviadas al consultorio y dirección indicados en el encabezado de esta notificación, dirigidas al Gerente de Oficina. Consideraremos su solicitud, pero, en algunos casos, no estamos obligados legalmente a acceder a estas solicitudes. Sin embargo, si accedemos a ellas, cumpliremos con estas restricciones. Siempre le notificaremos por escrito de nuestras decisiones con respecto a las solicitudes de restricción. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Por ejemplo, para servicios que usted solicita que no se presente un reclamo al seguro y paga por ellos de forma privada, tiene derecho a restringir divulgaciones para estos servicios por los cuales pagó de su bolsillo. Tiene derecho a pedir que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Tiene derecho a negarse a recibir comunicaciones con fines de recaudación de fondos.
- **Derecho a acceder, inspeccionar y copiar:** Con algunas excepciones (como las notas de psicoterapia o información recogida por procesos judiciales), tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida si presenta su solicitud por escrito. Si le negamos el acceso, le daremos razones por escrito para la negación y explicaremos cualquier derecho para revisar la negación. Podemos cobrarle una tarifa razonable si desea una copia de su información médica. Tiene derecho a escoger que partes de su información desea copiar y a que se le informe previamente del costo de copiado. Se requiere consentimiento previo al uso o revelación de las notas de psicoterapia de un individuo o el uso de la PHI de un individuo con fines comerciales.
- **Derecho a modificar:** Si cree que hay algún error o falta de información en nuestro registro de su información médica, puede solicitar que la corrijamos o agreguemos al registro. Su solicitud

debe hacerse por escrito y debe dar razones para la modificación de su información. Cualquier negación indicará las razones para haberla emitido y explicará sus derechos a que la solicitud y la negación, junto con cualquier declaración que usted proporcione en respuesta, sean anexadas a su información médica. Si aprobamos la solicitud para modificación, modificaremos la información médica y se lo informaremos.

- **Derecho a una contabilización de revelaciones:** En algunas circunstancias limitadas, tiene el derecho a pedir una lista de las revelaciones de su información médica que hayamos hecho en los últimos seis años. La lista no incluirá revelaciones hechas a usted con fines de tratamiento, por pago u operaciones de cuidado de la salud, para las cuales firmó una autorización o por otras razones por las cuales no requerimos llevar registro de las revelaciones. No se le cobrará por solicitar máximo una lista al año. Puede que haya cargos asociados a solicitudes más frecuentes.
- **Derecho a una copia en papel de esta notificación:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación o una copia electrónica de nuestra página web. Si ha recibido una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en papel de la notificación, si así lo solicita.

IV. Nuestras responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber rápidamente si ocurre una fuga que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia de la misma.
- No utilizaremos o compartiremos su información más allá de lo descrito aquí, a menos que nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento y notificarnos por escrito.

Preguntas y quejas:

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, lo invitamos a contactarnos.

Si piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a su información médica, lo alentamos a hablar o escribirle a nuestro Oficial de Privacidad.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, o alguna queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, por favor contacte a:

Oficina del Oficial de Privacidad y Seguridad de HIPAA

Teléfono: 1-702-577-1622
8906 Spanish Ridge Ave. #202
Las Vegas, NV 89148

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, lo invitamos a contactarnos.

Si piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a su información médica, lo alentamos a hablar o escribirle a nuestro Oficial de Privacidad.

También puede presentar una queja escrita con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la Oficina para la los Derechos Civiles de la Región IV.

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov

No tomaremos represalias contra usted por presentar quejas, ya sean a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica.

V. Última Actualización:

Esta notificación se actualizó por última vez el 28 de Enero del 2026.

Page 5 of 5



ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido de WHASN una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WHASN. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad establece mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información personal de salud y explica cómo WHASN puede utilizar y divulgar mi información personal de salud tanto con como sin mi autorización. Además, entiendo que puedo contactar con el Responsable de Privacidad de WHASN, el Presidente de WHASN, si tengo alguna pregunta sobre el contenido de este Aviso o para presentar una queja.

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma de Paciente/Tutor

____/____/_____
Fecha



ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido

Gracias por elegir a Women's Health Associates of Southern Nevada (WHASN). Consideramos un honor tener la oportunidad de ayudarte con tus necesidades médicas. Nuestros proveedores están comprometidos a ser líderes y defensores en la búsqueda de la excelencia en la atención sanitaria de la mujer. Nos esforzamos por ofrecer la mayor calidad de atención posible, con integridad, honestidad, compasión y eficiencia. Nuestros proveedores sanitarios no tratan obligaciones financieras ni cobertura de seguros. Esto permite que los profesionales centren toda su atención en tus necesidades médicas. Comprender nuestra política financiera es fundamental para una relación exitosa entre profesional y paciente. Nos esforzamos por mantener nuestras tarifas razonables y, al mismo tiempo, cubrir los costes asociados a los servicios que ofrecemos. Nuestro acuerdo financiero indica nuestro respeto por tu derecho a saber, de antemano, cuáles son nuestras expectativas respecto a la responsabilidad financiera del paciente. El pago de tu factura se considera parte del servicio sanitario global proporcionado por WHASN. Si no puedes recibir atención de seguimiento o pruebas ordenadas por tu proveedor debido a la carga económica, por favor solicita hablar con el administrador de la consulta. Haremos todo lo posible para ayudarte a recibir la atención médica necesaria.

Información del paciente

Todos los pacientes deben completar nuestro Formulario de Registro de Pacientes antes de su visita con el proveedor. **Nuestra oficina requiere tu número de la seguridad social para verificar la facturación del seguro, así como para ayudar en los trámites de cobro. Tenga en cuenta que esta información permanecerá en nuestro sistema y los formularios de registro se trituran tras la introducción de datos.** Si no desea proporcionar su número de la seguridad social, nuestra oficina tendrá que hacer cumplir la política y cancelar los servicios con nuestros proveedores. Es responsabilidad del paciente (padre/tutor) notificar a esta consulta cualquier cambio en tu información. Esto incluye cambios en tu dirección, número de teléfono e información del seguro. Debes proporcionar información demográfica personal actualizada, una copia actualizada de tu tarjeta de seguro, un documento de identidad con foto y el pago de cualquier saldo pendiente de cada visita. ****Por favor, tenga en cuenta: Se tomará una foto en directo en la primera visita para fines de identificación.**

Cuotas y pagos

Las tarifas de WHASN se basan en estándares comunitarios razonables y habituales. Las tarifas se basan en la complejidad médica del servicio prestado. Hay muchos factores que el proveedor debe tener en cuenta al seleccionar los códigos de procedimiento adecuados para reflejar con precisión los servicios prestados. Haremos todo lo posible para proporcionarte una estimación precisa de tu deuda financiera. Sin embargo, debido a la complejidad de la información que debe considerarse, el importe final de tu deuda financiera solo podrá determinarse después de que el proveedor haya proporcionado un informe completo de los servicios prestados y, si procede, tu compañía de seguros haya tramitado cualquier reclamación relacionada con esos servicios. WHASN exige el pago por la responsabilidad estimada del paciente en el momento de tu visita. Esto incluye copagos, coseguros, franquicias y servicios no cubiertos. WHASN acepta efectivo, tarjeta de crédito y tarjeta de

débito. No se aceptan cheques en las oficinas de los proveedores. **Los pagos del paciente se aplicarán al saldo**

Seguros

Women's Health Associates of Southern Nevada, como cortesía, presentará una reclamación de seguro ante tu compañía de seguros principal. Para facturar correctamente a tu seguro, estás obligado a revelar toda la información de la cobertura médica. Esto incluye cualquier cobertura de seguro proporcionada bajo la póliza de un padre o cónyuge. No proporcionar información completa y precisa sobre todas las pólizas de seguro vigentes implicará la responsabilidad del paciente por la totalidad de la factura. No todos los servicios están cubiertos por un beneficio en todas las pólizas de seguro. Eres responsable de conocer y comprender los beneficios, limitaciones y exclusiones de tu póliza. Eres responsable de verificar si el proveedor que ves está contratado con tu plan de seguro. También eres responsable de obtener una derivación o autorización previa antes de acudir a nuestros proveedores, si tu plan de seguro lo requiere. Nuestra oficina solo obtendrá autorización para servicios prestados por un proveedor de WHASN. Si tu compañía de seguros niega el pago por servicios prestados por nuestra oficina, como fuera de la red, cosméticos, beneficios agotados, experimentales, no derivados o por información inexacta o incompleta que proporciones, serás responsable financieramente de toda la factura.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

más antiguo, independientemente de la fecha de pago.

Cobertura de Medicaid

La cobertura de Medicaid la ofrece el gobierno federal a quienes cumplen los requisitos. El gobierno exige que los servicios se facturen a Medicaid como última opción de cobertura. Esto significa que el paciente debe proporcionar tanto a Medicaid como al proveedor toda la información sobre la cobertura médica antes de prestar los servicios. Esto incluye cobertura a través de pólizas del empleador, cónyuge, padre o privado. No tienes la opción de usar Medicaid como tu cobertura principal (primera) de seguro cuando estás cubierto por cualquier otra póliza de seguro médico. Esta norma se aplica incluso si la otra póliza de seguro no cubre todos los servicios prestados. Es muy importante que proporciones a la oficina del proveedor información completa sobre la cobertura del seguro. No proporcionar la información requerida resultará en que seas responsable económicamente de los servicios prestados.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Pago directo

Si el paciente no tiene seguro, puede que se le proporcione un pago en efectivo por la visita a la consulta. Los pacientes que pagan en efectivo pueden tener que pagar la visita en su totalidad antes de ser atendidos. Ten en cuenta que los precios indicados para las visitas de pago en efectivo son solo para la visita y, según el tipo de visita en particular, cualquier servicio adicional realizado puede aumentar la cantidad debida (es decir, anuales y anuales con problemas son tarifas diferentes). Cualquier prueba adicional (análisis, cultivos, citologías, ecografías, etc.) tendrá un coste adicional.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Por favor, ten en cuenta: Cada visita queda documentada en tu historial médico y el profesional realiza un diagnóstico. Los diagnósticos se hacen basándose en información médica, no en la cobertura de las compañías de seguros. Solicitar un cambio de diagnóstico únicamente con el

propósito de obtener el reembolso de una compañía de seguros es inapropiado y se considera fraude de seguros. Aunque el paciente tiene derecho a solicitar una modificación en su historial, todos los servicios serán facturados según la documentación del profesional.

Saldos de cuentas/saldos morosos

Se espera el pago en el momento en que se presten los servicios. En algunas circunstancias, puede haber obligaciones financieras adicionales que no se conocen en el momento de tu visita. En estas circunstancias, enviaremos una declaración a la dirección indicada en su formulario de registro de pacientes. Debes presentar el pago completo en un plazo de 15 días desde la fecha original del extracto. Si no puedes pagar el saldo de la cuenta en su totalidad, puedes solicitar la aprobación de un acuerdo de pago mensual aceptable. Si no pagas el saldo de tu cuenta en su totalidad en 45 días, o no consigues y mantienes un acuerdo de pago mensual aprobado, tu cuenta será considerada morosa. Una vez que tu cuenta esté en estado de morosidad, se procesará y se asignará al Departamento de Cuentas Vencidas o se colocará en una agencia de cobro autorizada externa. Esto supondrá cargos por retraso de hasta una comisión adicional del 50% del saldo de tu cuenta. Una vez que tu cuenta se asigna al Departamento de Cuentas Vencidas o a una agencia de cobro, no podemos reducir ni eliminar las tasas por retraso. Eres responsable financieramente de todo el saldo de tu cuenta, así como de todas las tasas por retraso, todos los honorarios de abogados y todos los honorarios legales incurridos, en un intento de recuperar el saldo de tu cuenta atrasada. Tenga en cuenta que, a discreción del centro de cuidados, la cuenta morosa puede ser motivo de despido automático de la consulta. Otros centros de atención WHASN también pueden usar su discreción para prestar o no servicios en el futuro.

Créditos de cuenta

Como solo podemos estimar tu responsabilidad financiera por los servicios prestados por WHASN, existe la posibilidad de que tengas crédito de paciente después de que tu seguro haya procesado las reclamaciones presentadas. Es muy importante que revises la explicación de los beneficios (EOB) que recibirás de tu compañía de seguros. Proporcionará información detallada sobre tu responsabilidad financiera final por los servicios prestados por WHASN. **Si, tras revisar el EOB, cree que le corresponde un crédito, por favor contacte con la oficina de facturación para que podamos revisar su cuenta y tramitar el reembolso de cualquier crédito restante en su cuenta.** Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda para entender el EOB que recibes, puedes ponerte en contacto con el departamento de facturación para recibir ayuda.

Visitas a la oficina

Debes pagar cualquier copago, coseguro o franquicia que pueda aplicarse a tu visita a la consulta. Los servicios adicionales realizados (ecografías, biopsias, cultivos, análisis, inyecciones, etc.) durante tu visita a la consulta no están incluidos en la tarifa de la visita. Eres responsable del pago de los servicios adicionales prestados.

Procedimientos quirúrgicos

Se requieren depósitos para la cirugía y deben pagarse antes de la visita preoperatoria. El depósito consiste en tu franquicia (si no se cumple) y tu copago o coseguro. Debes contactar con la consulta del profesional antes de la visita preoperatoria para hablar sobre la cantidad esperada.

Atención obstétrica

El pago por los servicios obstétricos se aborda de forma individual. Se te proporcionará un Acuerdo Financiero Obstétrico (también conocido como Contrato de Obstetricia). El acuerdo explicará los servicios incluidos en la tarifa obstétrica y los servicios no incluidos. También proporcionará una estimación de tu deuda financiera basada en los beneficios del seguro y cuándo se requiere el pago.

Servicios de laboratorio

Su médico puede solicitar servicios de laboratorio para ayudar a diagnosticar su condición o como atención preventiva para determinar su estado de salud actual. Los centros de atención WHASN pueden utilizar el Laboratorio Central WHASN para el pedido y procesamiento de muestras y/o cultivos; Sin embargo, tus beneficios de seguro pueden no cubrir todos los servicios prestados o solicitados por el proveedor. Esto incluye citologías, pruebas de enfermedades de transmisión sexual, cribado y laboratorios de diagnóstico, pruebas genéticas y pruebas de drogas. En algunos casos, estos servicios pueden aplicarse a tu deducible anual o no estar cubiertos. Es responsabilidad del paciente conocer la cobertura, limitaciones y exclusiones de tu póliza de seguro. Si sabes que tu seguro no cubrirá el procesamiento de laboratorio a menos que pases por una empresa específica, o tienes preferencia por la empresa que quieres usar, por favor notifica al personal de la oficina sobre tu preferencia de laboratorio y/o la de tu seguro. Ten en cuenta que si quieres hablar sobre los resultados de laboratorio, puede que necesites que te pidan cita y que esta cita también puede requerir costes adicionales (con pago propio o copago).

Cheques devueltos

La Oficina Central de Facturación (CBO) de WHASN acepta cheques como pago en una cuenta. En caso de que el banco devuelva un cheque por "fondos no suficientes", "cuenta cerrada", "devolución al emisor", "cheque anulado", "suspensión de pago" y/o "firma no autorizada", se aplicará una comisión de 25,00 \$ a tu cuenta. Podemos optar por iniciar acciones legales que resultarán en cargos adicionales para ti o para el garante de la cuenta. Eres responsable de las comisiones adicionales.

Devoluciones de cargo con tarjeta de crédito

Te animamos a que nos contactes directamente si tienes cualquier duda sobre los pagos antes de iniciar una devolución de cargo con tarjeta de crédito, ya que estamos comprometidos a resolver los problemas al menor nivel posible. En caso de una devolución de cargo con tarjeta de crédito, nos reservamos el derecho de cobrar una comisión mínima de 35,00 \$ por transacción, y la comisión se deberá pagar una vez procesada la devolución. Esta comisión es independiente de la cantidad disputada y corresponde a los costes administrativos asociados a la gestión de la devolución de cargo con el emisor de la tarjeta.

Política de cancelación / No Show

Si es necesario cancelar su cita programada, le pedimos que nos avise al menos 48 horas antes. Una falta de presentación en el momento de una cita programada se registrará como "no presentación". *Un "no-show" es alguien que pierde una cita sin cancelarla al menos 48 horas antes de la hora programada.* Además de ser marcado como no presentación, no notificar a nuestra consulta en el plazo de 48 horas también conllevará una tasa de "no presentación", que puede **variar según el tipo de cita que** tengas programada (por ejemplo, visita regular, ecografía, procedimiento, cirugías, etc.). Si tiene preguntas sobre las tarifas que se cobrarán, por favor contacte con el centro de atención para más información.

FMLA / Formularios de discapacidad

FMLA - Habrá un cargo por cada formulario FMLA/discapacidad/firma completada por esta oficina. El pago debe ser debido en el momento en que se envía el formulario. Ten en cuenta que el cargo no es reembolsable en caso de que el paciente cambie de opinión. Todos los formularios FMLA/discapacidad son rellenos por el personal de la oficina. Puede que exista la opción de acelerar la documentación, pero ten en cuenta que hay tasas adicionales por el cumplimiento acelerado del formulario. Por favor, ten en cuenta: la documentación del proveedor en tu historial médico sirve como base para todos los formularios FMLA/discapacidad y no puede ser mejorada por ti ni por el personal de la consulta.

Es importante que entiendas la diferencia entre los formularios FMLA y los de discapacidad. Los formularios de discapacidad solo pueden completarse después de que el proveedor haya determinado que el paciente tiene una condición médica que justifique que esté fuera del trabajo. Los síntomas normales durante el embarazo (náuseas, vómitos, dolores de cabeza, hinchazón, dolor/presión pélvica) normalmente no se consideran una discapacidad médica. Si tiene preguntas sobre alguna cantidad que se cobrará o sobre los plazos para completar estos formularios, por favor contacte con el centro de atención para obtener estos detalles.

Cartas de la embajada

WHASN entiende la importancia de contar con el apoyo familiar tras los partos y cirugías. Estamos encantados de proporcionar una carta solicitando la aprobación para que un familiar viaje a Estados Unidos y le ayude durante su periodo de recuperación. La tarifa para completar una carta a una embajada es de 100,00 dólares. Una vez cobrada la tarifa, no es reembolsable en caso de que el paciente cambie de opinión.

Pacientes menores

El padre o tutor que acompaña al menor es responsable del pago completo de los servicios prestados.

Asignación de prestaciones

Por la presente autorizo y cedo todos los pagos y/o beneficios de seguro por servicios médicos prestados directamente a Women's Health Associates of Southern Nevada. Por la presente autorizo a Women's Health Associates of Southern Nevada a facilitar la información médica necesaria para obtener el pago por los servicios prestados por los proveedores de Women's Health Associates of Southern Nevada. **AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO DETENIDAMENTE Y COMPRENDIDO PLENAMENTE LA INFORMACIÓN DE ESTE ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA. ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA, ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE INCLUYEN EN ESTE ACUERDO.**

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma de Paciente/Tutor

____/____/_____
Fecha



PORTAL DEL PACIENTE

Ofrecemos un portal para pacientes en línea para que la gestión de tu atención sanitaria sea sencilla y cómoda. Nuestro portal seguro es un recurso útil para:

- Solicitar citas
- Saldos y facturas de los estados de nómina
- Solicita la renovación de recetas
- Accede a los formularios para pacientes antes de tu cita
- Haz preguntas médicas no urgentes
- Solicitar resultados de pruebas

Seguimos recibiendo sus llamadas telefónicas, pero ofrecemos este servicio como una forma cómoda de comunicarse con su centro de atención. El Portal del Paciente también puede utilizarse para contactar contigo.

Por favor, rellena la información a continuación y enviaremos una invitación al correo electrónico que proporciones. Una vez recibas el correo, haz clic en el hipervínculo y sigue las instrucciones para configurar tu cuenta. Asegúrate de marcarnos como remitentes seguros para que los correos no se filtren en tu carpeta de spam.

Ten en cuenta que tu nombre y apellido deben reflejar exactamente cómo aparecen en nuestro sistema para activar tu cuenta. Si tienes algún problema de acceso en el futuro, puedes solicitar tu nombre de usuario y restablecer tu contraseña a través de la web.

Correo electrónico preferido: _____

Nombre del paciente: _____

(Por favor, imprima claramente)

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA DEL PACIENTE

Si está permitido, Women's Health Associates of Southern Nevada (WHASN) y sus proveedores, empleados, contratistas independientes, aplicaciones de terceros y cualquier "entidad cubierta" o "asociado comercial" (según la definición de la Regla de Privacidad de HIPAA) con el que tu información pueda compartirse bajo HIPAA (colectivamente, WHASN) pueden comunicarse contigo por correo electrónico, mensaje de texto y/u otras formas de comunicación electrónica sin cifrar (en conjunto, "Comunicación electrónica") a el(los) número(s) de teléfono(s), dirección(es) de correo electrónico u otro formato electrónico proporcionado en tu cuenta o según lo indicado a continuación.

Utilización de la Comunicación Electrónica: WHASN puede utilizar la Comunicación Electrónica para comunicarse contigo sobre temas relacionados con la salud, la programación, la facturación y la mejora de la calidad. Esto incluye, pero no se limita a:

- Resultados de pruebas, prescripciones, opciones de tratamiento, atención preventiva, derivaciones, consultas, servicios quirúrgicos y otra información necesaria para garantizar la continuidad de la atención.
- Recordatorios de citas, notificaciones de citas perdidas, notificaciones de reprogramación, solicitudes de cancelación y solicitudes de cita.
- Información demográfica, cobertura de seguro, elegibilidad y beneficios, facturación y saldos de cuentas, solicitudes de FMLA y discapacidad, y pólizas de consulta.
- Encuestas de satisfacción del paciente y acceso a tu portal de pacientes.

Riesgos inherentes asociados a la comunicación electrónica: Todas las formas de comunicación electrónica conllevan riesgos que deberías tener en cuenta. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Los correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes de voz, grabaciones y otras comunicaciones electrónicas pueden ser circulados, reenviados, almacenados y difundidos a destinatarios no deseados.
- Los remitentes pueden erróneamente dirigir un correo electrónico sin querer, enviar mensajes de texto o dejar un mensaje de voz al destinatario o destinatarios incorrectos.
- Las copias de seguridad de la comunicación electrónica pueden existir incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado la copia original.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar las comunicaciones electrónicas enviadas a través de los sistemas de su empresa.
- Las comunicaciones electrónicas pueden ser alteradas, reenviadas o utilizadas sin autorización ni detección.
- Las personas no autorizadas pueden interceptar comunicaciones electrónicas y utilizar información sensible con fines fraudulentos.

- Las comunicaciones electrónicas pueden utilizarse como prueba en procedimientos judiciales.

Condiciones para el uso de comunicaciones electrónicas: La privacidad del paciente es de suma importancia. Utilizaremos medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de todas las formas de comunicación electrónica con un paciente. Sin embargo, debido a los riesgos mencionados anteriormente, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones electrónicas y no seremos responsables por la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por la mala conducta intencionada de WHASN. El paciente debe consentir el uso de la comunicación electrónica bajo las siguientes condiciones:

- **Si tienes una emergencia médica, no utilices comunicaciones electrónicas para contactar o notificar a la oficina, llama al 911 y solicita asistencia médica.**
- Los asuntos urgentes deben transmitirse mediante comunicación telefónica regular o deberías acudir a atención médica en un centro de atención urgente o en urgencias.
- No se recomienda utilizar comunicaciones electrónicas relacionadas con información sensible, como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, abuso físico o mental, abuso de sustancias u otros asuntos de naturaleza sensible. Se te pedirá que pidas cita para tratar todos los asuntos sensibles o revisar los resultados en tu portal de pacientes.
- Los empleadores no respetan el derecho a la privacidad de un empleado en su sistema de correo electrónico. No deberías utilizar el sistema de correo electrónico de tu empleador para recibir correos electrónicos confidenciales, que pueden incluir información personal de salud electrónica (ePHI).
- WHASN no participará en comunicaciones electrónicas que sean ilegales.
- Las comunicaciones electrónicas del paciente sobre diagnóstico o tratamiento pueden formar parte del historial médico electrónico del paciente. Dado que las comunicaciones electrónicas pueden añadirse al historial médico electrónico del paciente, otras personas autorizadas a acceder al historial médico electrónico del paciente, como el personal de apoyo y el personal de facturación, pueden tener acceso a las comunicaciones electrónicas.
- Las comunicaciones electrónicas pueden incluir ePHI. Sin embargo, la cantidad de ePHI compartida se limitará solo a la información necesaria.
- Eres el único responsable de proteger la(s) contraseña(s) u otros medios de acceso a las comunicaciones electrónicas.
- WHASN no se hace responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea resultado de nuestra negligencia o mala conducta.
- WHASN no se hace responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por ti o por cualquier tercero.
- Eres el único responsable de cualquier cargo incurrido bajo el Consentimiento Informado de Comunicaciones Electrónicas del Paciente de WHASN. Debes ponerte en contacto con tu proveedor de servicios electrónicos para conocer las tarifas y cargos.
- Es tu responsabilidad hacer un seguimiento y/o concertar una cita con tu proveedor médico, si es necesario.

Expiración y retirada del consentimiento: A menos que retire previamente su consentimiento, este consentimiento expirará al finalizar la relación médico-paciente. Puedes optar por dejar de participar en las Comunicaciones Electrónicas en cualquier momento informando por escrito a WHASN. Entiendes que retirar este consentimiento no te hará perder ningún beneficio o derecho a los que tengas derecho

de otro modo. Esto incluye tratamiento continuado, reclamaciones electrónicas, pagos electrónicos y comunicaciones electrónicas con las compañías de seguros sobre la elegibilidad y los beneficios. Para retirar su consentimiento a comunicaciones electrónicas, puede solicitar un Formulario de Retirada de Comunicaciones Electrónicas a un miembro del personal de WHASN.

Reconocimiento y acuerdo del paciente: Reconozco que he leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados al uso de comunicaciones electrónicas entre WHASN y yo, y consiento las condiciones aquí expuestas. Además, estoy de acuerdo con las instrucciones aquí descritas, así como con cualquier otra instrucción que WHASN pueda imponer sobre la comunicación con los pacientes a través de comunicaciones electrónicas.

Entiendo que WHASN usará el(los) número(s) de teléfono(s) y dirección(s) de correo electrónico en mi historial médico electrónico para comunicarse electrónicamente conmigo.

Mi firma a continuación indica que he leído lo anterior y consiento usar comunicaciones electrónicas entre WHASN y yo.

Dirección de correo electrónico: _____

Número de móvil: _____

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma del paciente/tutor

____/____/_____
Fecha



POLÍTICAS DE LA OFICINA

WHASN se esfuerza por ofrecer una atención centrada en el paciente centrada en servicios médicos excepcionales, compasivos y personalizados para mujeres de todas las edades, en un entorno cálido y amigable. Estamos comprometidos a crear relaciones entre profesional y paciente basadas en la confianza, la seguridad y el respeto hacia ambas partes. La calidad de la atención sanitaria requiere que tanto el proveedor como el paciente contribuyan al esfuerzo colaborativo para mejorar los resultados sanitarios y mejorar la salud y el bienestar general de cada paciente.

Los centros de atención WHASN tienen una Política de Tolerancia Cero hacia el comportamiento agresivo. Esto incluye, pero no se limita a, comportamientos como agresiones físicas, acoso verbal, lenguaje abusivo o soez, amenazas (verbales o físicas) y la falta de respuesta a las instrucciones del personal. Comportamientos como estos pueden resultar en la destitución del cargo, despido de WHASN y/o enjuiciamiento.

Para respetar la privacidad de todos los pacientes, no habrá imágenes ni grabaciones en vídeo en ninguna zona común. El profesional puede limitar el número de personas permitidas en la sala para la cita, la ecografía o los procedimientos. Se recomienda que los niños no vayan contigo a tu cita y, si hay niños contigo, ten en cuenta que no se les permite estar desatendidos en la sala de espera.

Gestionar el acceso a los servicios sanitarios requiere gestionar y equilibrar nuestros recursos. Esto incluye proveedores, personal, equipos y salas de examen. Para lograrlo, es necesario que hagamos citas para atender a nuestros pacientes de la forma más eficiente posible. Reservamos tiempo suficiente para que recibas la atención que necesitas de nuestros proveedores. Para respetar las necesidades médicas de todos nuestros pacientes, por favor sea cortés y nos notifique inmediatamente si no puede presentarse a su cita programada. Se desaconseja llegar tarde, no presentarse o cancelar el mismo día y tienen consecuencias*. Estas consecuencias pueden incluir:

- **Tarifas por no presentarse (que varían según el tipo de cita programada).**
- Tienes que esperar para ver a tu médico. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen puntualmente. Si esto no te resulta conveniente, puedes reprogramar. Nota: Las tasas aún pueden aplicarse.
- Ser puesto en estado de "Walk-In". Citas sin cita previa. no se pueden programar con más de 24 horas de antelación, y solo si hay cita disponible.
 - No podemos garantizar que acudas a tu proveedor preferido.
- Estado de "Nombramiento Restringido". Quienes tengan estatus de Nombramiento Restringido solo podrán pedir cita al final del día.
- Dependiendo de la situación, **2-3 ausencias o cancelaciones tardías pueden provocar que te expulsen del centro de cuidados.**

***Puede que no haya periodos de gracia disponibles para ecografías y procedimientos procedimientos.** Esto se debe a la mayor duración y/o complejidad de estas citas y sus restricciones de horario.

No mostrar tipos de designación de estado

- **Llegada tardía** – Los pacientes que llegan tarde a su cita programada y el profesional no pueda verlos pueden ser marcados como ausentes. *Si la visita es para un procedimiento o ecografía, pueden aplicarse cargos adicionales por no presentarse.*

- **No presentarse** – Cualquier paciente que no se presenta a su cita programada.
- **Cancelación el mismo día** – Cualquier paciente que cancele su cita con menos de dos días laborables completos de aviso. (es decir, una cita el lunes tendría que cancelarse el miércoles de la semana anterior).

Los pacientes deben notificar a la consulta con un mínimo de dos (2) días laborables completos antes de la cita programada. Si no llegas a tu cita programada y no se ha notificado la notificación requerida, tu cita será marcada como "No Presentación".

Como cortesía, enviaremos recordatorios de cita y, en algunos casos, realizaremos una llamada recordatoria antes de tu cita; Sin embargo, en última instancia es tu responsabilidad conocer y cumplir con la cita programada.

Otros aspectos a tener en cuenta:

Medicamentos y renovaciones de medicamentos – Por favor, permita 72 horas (3 días hábiles) para la renovación de recetas. Atendemos las solicitudes de recarga durante el horario laboral habitual, y no se concederán recargas fuera de horario, durante los fines de semana ni en días festivos. Es responsabilidad del paciente saber cuándo debe renovarse su receta. Dependiendo del medicamento (incluyendo sustancias controladas), puede ser necesario pedir cita para obtener una renovación, o tu médico puede recetar solo una prescripción limitada del medicamento hasta que te vean en la consulta.

*Si se te prescribe una receta controlada, puede que sea necesario completar y dejar constancia de documentación adicional.

Portal del paciente – Puedes usar el portal del paciente* para acceder rápidamente a tus historiales médicos de WHASN. WHASN puede comunicarse contigo a través del portal, y esta comunicación puede ir en ambos sentidos. Por favor, ten en cuenta:

- **No uses el portal del paciente para comunicar emergencias. Marca el 911 o acude a tu hospital local.**
- Si necesitas hablar sobre los resultados de tus análisis o pruebas de diagnóstico por imagen, deberás pedir cita con tu médico.
 - La cita permitirá al profesional revisar tus resultados con más detalle, responder a cualquier pregunta que tengas y establecer un plan de cuidados para los siguientes pasos.
 - Nota: Siempre priorizaremos resultados urgentes o anormales, lo antes posible.
- Permite hasta 3 días laborables para que tu centro de atención responda a la comunicación de tu portal.

*La aplicación Healow también puede descargarse usando Practice Code - JFFJBD

Proveedores – Aunque hacemos todo lo posible por programarte con el proveedor que elijas, ocasionalmente puede que necesitemos citarte con otro profesional dentro de nuestro centro de atención. Si tienes un proveedor específico al que acudes, normalmente no es nuestra política permitir la transferencia a otro proveedor a menos que ambos estén de acuerdo con la transferencia. Una vez completada la transferencia, tu nuevo proveedor será responsable de tu atención. Esto incluiría toda la prestación de atención dentro de tu centro de atención WHASN y los proveedores de otros centros de atención WHASN.

Política de Llamadas Fuera de Horario – Estamos encantados de ofrecer soporte fuera de horario cuando nos necesites; sin embargo, ten en cuenta que esta llamada puede ser facturada como una visita de Telemedicina y tu seguro puede requerir un copago o aplicar el coste de esta visita a tu franquicia.

Aclaración de la cita – Los exámenes anuales incluyen un examen físico y, en algunos casos, una citología. Si tu seguro no cubre la citología anual, pero quieres que te la realicen, ten en cuenta que esto supondrá un cargo adicional.

Como aclaración, los exámenes anuales se conocen bajo varios nombres diferentes, pero todas las visitas anuales incluyen o no se cubren ciertos aspectos. Ten en cuenta que este tipo de citas pueden denominarse chequeos rutinarios, exámenes anuales, citología anual, visita preventiva, exámenes de bienestar o visitas a mujeres de bien. La mayoría de los seguros de salud solo pagan un examen de bienestar o preventivo al año, y este examen no cubre ni incluye la discusión de nuevos problemas ni una revisión exhaustiva de enfermedades crónicas. Cualquier discusión o acción tomada sobre cualquier cosa que no esté cubierta en tu examen de bienestar puede suponer un cargo adicional (que puede requerir un copago o aplicarse a tu franquicia).

¿Qué servicios "no están cubiertas" en mi Visita de Bienestar Preventivo?

Algunos ejemplos notables de servicios que muchos pacientes necesitan de su médico de atención primaria pero que no estarán cubiertos en una consulta preventiva de bienestar incluyen:

- **Enfermedades y lesiones agudas.** Si estás enfermo o lesionado, esto irá fuera de un examen de bienestar y podría destinarse a un beneficio del seguro (franquicia, co-ins o copago).
- **Problema/Queja.** Si una condición requiere pruebas adicionales, derivaciones o medicación, esto deja de considerarse preventivo y puede hacerte responsable, ya que esto podría afectar a tu beneficio del seguro.
- **Procedimientos quirúrgicos.** No existe una definición de "bienestar" que requiera un procedimiento quirúrgico. Por lo general, una intervención quirúrgica requiere una visita separada aparte de cualquier otra cosa.
- **Medicación.** Generalmente, aparte de los anticonceptivos para mujeres y la aspirina para ciertos grupos de riesgo, cualquier discusión sobre la prescripción de nuevos medicamentos no se incluye como un servicio preventivo.

La siguiente lista no es todo incluido, y deberías ponerte en contacto con tu compañía de seguros para determinar tu cobertura y beneficios específicos.

Incluía: • Historial médico, social, familiar, quirúrgico y hospitalario • Revisión de medicamentos y alergias • Cribados preventivos • Signos vitales y examen físico • Papanicolaou, según corresponda o apropiado • Mamografía, según corresponda o apropiado • Ordenación/revisión de laboratorios de cribado • Recomendaciones de cribado de salud • Recomendaciones de estilo de vida/comportamiento	No incluido: • Abordar síntomas preocupantes o molestos • Nuevas quejas o problemas • Manejo de problemas crónicos de salud • Cuestiones más complejas (es decir, endometriosis) • Procedimientos o inyecciones terapéuticas • Pruebas no de cribado • El proveedor identificó nuevos problemas *Estos requerirán futuras revisiones y seguimientos
---	---

Agradecemos tu tiempo para revisar esta información y esperamos poder ayudarte en tu camino sanitario y ser tu ginecólogo/obstetra de confianza, equipo de atención y centro de atención.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Firma de Paciente/Tutor

_____/_____/_____
Fecha



SEGUIMIENTO DE RESULTADOS EN PRUEBAS EN PACIENTES

Su proveedor puede solicitar servicios de diagnóstico y/o cribado en laboratorio, radiología, consulta o derivación en el momento de su visita o durante la revisión de sus historiales médicos. Las pruebas más comunes que pedimos son citologías, mamografías, escáneres DEXA, cultivos, biopsias, ecografías (pélvicas/mama) y análisis de laboratorio. Es muy importante que te realices la(s) prueba(s) que se ordena en el plazo solicitado por tu médico.

Minimizar los errores en los resultados de las pruebas es de suma importancia para nuestra práctica. Se recomienda utilizar el portal del paciente o la aplicación de Healow para revisar los resultados de tus pruebas. Los resultados de las pruebas se publicarán en el portal, así como los resultados de la mamografía se publicarán y enviarán por correo. Si tus resultados no aparecen en el portal, por favor contáctanos, pero ten en cuenta que no todos los resultados pueden proporcionarse verbalmente sin pedir cita y reunirse con un profesional para revisar tus resultados.

En algunos casos, si tus resultados son anormales o el proveedor desea realizar servicios adicionales, nuestra consulta intentará ponerse en contacto contigo por teléfono para concertar una cita de seguimiento. Es muy importante que proporciones información de contacto actualizada. Si no podemos localizarle por teléfono, enviaremos una solicitud para que contacte con nuestra oficina y discuta los resultados.

Si su proveedor solicita servicios de diagnóstico para ayudar a diagnosticar y/o tratar una enfermedad, lesión o dolencia, debe programar una cita para ver al profesional dentro de las dos semanas siguientes a la realización del servicio, o según lo indique el profesional. El profesional revisará los resultados de las pruebas contigo y hablará sobre cualquier servicio médico adicional que necesite realizarse. El diagnóstico y tratamiento precoz son extremadamente importantes y pueden reducir la morbilidad o mortalidad en muchas condiciones.

Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre mi laboratorio, o si mi médico solicita que hablemos de mis análisis o imágenes, debo pedir una cita de seguimiento con mi médico. Además, entiendo que debo programar y ser atendido por mi médico con tiempo para cualquier servicio diagnóstico que me ordene.

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma de Paciente/Tutor

____/____/_____
Fecha



WHASN LAB

Tu médico puede solicitar servicios de laboratorio para ayudar a diagnosticar una condición o como atención preventiva para determinar tu estado de salud actual. Nuestra consulta se complace en anunciar que ha desarrollado un laboratorio dedicado exclusivamente a la atención sanitaria de la mujer, que creemos proporcionará a nuestras pacientes un alto nivel de atención especializada para las pruebas de laboratorio.

Los centros de atención de WHASN pueden utilizar el Laboratorio Central de WHASN para la solicitud y procesamiento de sangre, muestras y/o cultivos. Esto incluye pruebas de VPH, pruebas de infecciones de transmisión sexual, cribado y laboratorios de diagnóstico, y pruebas de drogas. Además, nuestros médicos tendrán una línea directa de comunicación con un patólogo para hablar sobre tu atención. Creemos que estos factores contribuirán a nuestra capacidad para ofrecer a nuestros pacientes una mayor continuidad de atención y resultados más oportunos.

Como ocurre con cualquier laboratorio y sus servicios, no podemos garantizar que todos los servicios estén cubiertos al 100% por el seguro de cada paciente. En algunos casos, estos servicios pueden aplicarse a tu deducible anual o no estar cubiertos. Es responsabilidad del paciente conocer la cobertura, limitaciones y exclusiones de tu póliza de seguro. **Si sabes que tu seguro no cubrirá el procesamiento de laboratorio a menos que pases por una empresa de laboratorio específica, o tienes preferencia por la empresa que quieres usar, por favor notifique al personal de la oficina sobre vuestra preferencia de laboratorio y/o la de su seguro y respetaremos esta elección.**

Cuando a tu compañía de seguros se le facture los servicios de nuestro laboratorio, recibirás una Explicación de Beneficios ("EOB") de tu aseguradora que indicará la responsabilidad del paciente (tu responsabilidad), si la hay. Ten en cuenta que el nombre del proveedor que figura en tu EOB o declaración del paciente será el Dr. Jamie Shutter (nuestro patólogo de laboratorio) o la Dra. Rebecca Herrero (directora médica de WHASN).

Si tiene alguna pregunta relacionada con su EOB o su factura, por favor llame al 702.529.1821.

*Ten en cuenta que si deseas hablar de los resultados de laboratorio, tendrás que pedir cita con tu médico y que esta cita también puede requerir costes adicionales asociados a la visita.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

Firma del paciente/tutor

_____/_____/_____
Fecha



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

La comunicación de información sanitaria desempeña un papel esencial para garantizar que las personas reciban una atención médica rápida y eficaz. Debido a la naturaleza de estas comunicaciones y a los distintos entornos en los que las personas reciben atención sanitaria, existe la posibilidad de que la información sanitaria de una persona se revele de forma incidental. La Regla de Privacidad de HIPAA permite que ciertos usos incidentales o divulgaciones de información sanitaria protegida ocurran cuando el proveedor dispone de salvaguardas razonables y políticas y procedimientos mínimos necesarios para proteger la privacidad de una persona.

Women's Health Associates of Southern Nevada entiende que puede haber ocasiones en las que un paciente necesite hablar de su información sanitaria protegida por teléfono. Como medida razonable de seguridad, se requiere que selecciones personalmente una contraseña para tu información sanitaria protegida. Se te pedirá que proporciones la contraseña antes de hablar con nuestro personal por teléfono de cualquier información sanitaria protegida. Si necesitas que un familiar o amigo contacte con nuestra oficina para hablar de alguna de tus informaciones médicas protegidas, necesitarán esta contraseña.

Es muy importante que mantengas la integridad de tu contraseña. En caso de que te preocupe haber compartido tu contraseña por error, por favor contacta con nuestra oficina inmediatamente para comenzar el proceso de cambio de tu contraseña.

Mi contraseña personalmente seleccionada para hablar de cualquier información sanitaria protegida por teléfono es: _____
(La contraseña debe ser menor de 20 caracteres)

Entiendo que solo puedo cambiar mi contraseña en persona o a través de un enlace seguro enviado a mi teléfono. Además, entiendo que es mi responsabilidad mantener la integridad de la contraseña que he seleccionado personalmente. Autorizo la divulgación de mi información sanitaria protegida de la manera anterior.

Nombre del paciente

Firma de Paciente/Tutor

____/____/_____
Fecha



HIPAA/AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Por favor, lee la política a continuación y completa las secciones correspondientes.

Esta política de privacidad es para proteger tu privacidad y proteger a los proveedores y al personal de nuestros centros de atención de violar la confidencialidad de tu paciente. Si no hay un consentimiento firmado en los archivos, los proveedores y el personal solo dejarán su nombre y número de teléfono en un contestador automático, buzón de voz o con una persona en vivo que conteste el teléfono solicitando al paciente que devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento a continuación, permite que nuestros proveedores y personal dejen un mensaje en un contestador, buzón de voz o con una persona específica. Puedes especificar qué información queda y con quién anotando la información en la parte inferior de este formulario. Al firmar, también consientes el envío por correo o fax de cualquier resultado solicitado por ti, a tu médico de atención primaria u otro médico implicado en tu atención con una solicitud de historial médico firmada.

Doy mi consentimiento al proveedor y/o al personal para dejar un mensaje sobre la programación, tratamiento, cirugía, resultados de laboratorio o radiología, u otra información según sea necesario.
(Revisa todo lo que aplica)

Número de celda principal: _____ - _____ - _____

____ Deja mensajes de voz detallados en este número de teléfono

____ Deja mensajes de voz no detallados en este número (solo número de llamada de devolución)

____ Aprobado para enviar mensajes de texto a este número de teléfono

____ No dejes mensajes de voz ni envíes mensajes de texto a este número de teléfono

Número de residencia secundaria (según corresponda): _____ - _____ - _____

____ Deja mensajes de voz detallados en este número de teléfono

____ Deja mensajes de voz no detallados en este número (solo número de llamada de devolución)

____ Aprobado para enviar mensajes de texto a este número de teléfono

____ No dejes mensajes de voz ni envíes mensajes de texto a este número de teléfono

También doy mi consentimiento al proveedor y/o al personal para discutir la programación, tratamiento, cirugía, resultados de análisis o radiología y otra información con cualquier persona indicada a continuación:

Nombre: _____

Relación: _____

Número: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Número: _____

Puedo negarme a completar esta Autorización. Entiendo que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para prestaciones. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación de mi autorización debe hacerse por escrito y firmada por el paciente en la consulta.

Estos permisos permanecerán vigentes durante toda su estancia en nuestra consulta y, si necesita realizar alguna revisión en estos contactos o permisos, por favor contacte con su centro de cuidados.

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma del paciente/tutor

____/____/_____
Fecha



AVISO DE CESIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información anterior es completa y correcta. Por la presente, garantizo el pago de todos los cargos incurridos en esta clínica. Por la presente, cedo y autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a pagar todos los beneficios correspondientes a mis servicios médicos directamente a esta clínica. Autorizo la divulgación de la información médica solicitada por mi(s) compañía(s) de seguros para garantizar el pago de esta cuenta. Entiendo que si mi(s) compañía(s) de seguros rechazan algún cargo por cualquier motivo, soy responsable del pago de dichos cargos. En caso de que se inicien procedimientos de cobro por falta de pago de mi parte, acepto pagar todos los gastos de cobranza que se puedan agregar a mi cuenta para recuperar el dinero adeudado a Women's Health Associates of Southern Nevada.

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma de Paciente/Tutor

____/____/_____
Fecha