

Heartland Hematología y Oncología, P.C.
412 West 42nd Street Kearney, NE 68845
Teléfono - 308-865-2303 Fax – 308-865-2304

Paciente: _____

Fecha y Hora de Cita: _____

Por favor llegue 15 minutos previo a su cita

Los médicos y personal de **Heartland Hematología y Oncología, P.C.** le damos la bienvenida a nuestra clínica. Su salud y bienestar son nuestra principal preocupación. Esperamos que la información proporcionada aquí responda a sus preguntas sobre nuestros servicios, políticas y procedimientos

Los Médicos

Dra. Cynthia M. Lewis, MD, está certificada como hematóloga/oncóloga. Ella recibió su licenciatura de la Universidad de Nebraska, Lincoln, y recibió su título médico en el Centro Médico de la Universidad de Nebraska, Omaha. Completó su beca de investigación en Hematología/Oncología médica en el Centro Médico de la Universidad de Nebraska, Omaha.

Dr. Nick J. Hartl, MD, está certificado como hematólogo/oncólogo. El recibió su licenciatura de la Universidad de Nebraska, Kearney, y recibió su título médico del Centro Médico de la Universidad de Nebraska, Omaha. Completó su beca de investigación en Hematología/Oncología médica en los Hospitales y Clínicas de la Universidad de Iowa, Iowa City, Iowa.

Información general

La clínica está abierta para servirle, responder a sus preguntas, o programar una cita de **lunes a viernes de 8:00 am hasta las 5:00 pm**. Fuera de horario, un miembro del personal de guardia está siempre disponible si necesita atención médica cuando la clínica esté cerrada. Al llamar al número principal, se le dará información sobre el personal de guardia.

Citas

Haremos nuestro mejor esfuerzo para mantener nuestra agenda de citas. Sin embargo, por favor comprenda que no todos los pacientes requieren la misma cantidad de tiempo con el médico y que emergencias ocurren, así que algunos retrasos son inevitables. Haremos nuestro mejor esfuerzo para mantenerlo(a) informado de los retrasos. Su paciencia en estas situaciones será muy apreciada.

Información sobre su Historia

Le adjuntamos los formularios que le pedimos que complete y devuelva a nuestra clínica tan pronto como sea posible y antes de la primera cita programada. Hemos incluido un sobre de devolución para su conveniencia. Esto permitirá a nuestra clínica establecer su archivo y recopilar la información necesaria para facilitar la cita. Llene cada formulario de la manera más completa. Algunas formas tienen preguntas tanto en frente como en el reverso de la página.

Inscripción

En su primera visita a **Heartland Hematología y Oncología, P.C.**, se le solicitará la verificación de información básica para completar su expediente médico y cuenta. **Por favor traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto actual en ese momento.** También le pedimos que usted notifique nuestra oficina de cualquier cambio de nombre, dirección, número de teléfono, o cobertura de seguro tan pronto como ocurra algún cambio.

Tarifas

Nuestros cargos por los servicios se basan en la gravedad y la complejidad de su enfermedad o necesidad de servicio según sea necesario bajo los requisitos federales. Después de hablar y un examen completo de su historial médico, un plan de atención será decidido para tratar mejor sus necesidades individuales. Un representante financiero estará encantado de discutir con usted nuestras tarifas. No dude en preguntar acerca de los cargos por nuestros servicios.

Asegurancia

Nuestro representante financiero presentará reclamaciones de seguro primarios y secundarios por usted--sujeto a que nos haya dado información de su seguro actual antes de brindarle el servicio. La cobertura de póliza varía de una a otra, como lo hacen las tarifas que han establecido varios planes de seguro. Nuestras tarifas son aceptadas por la mayoría de los planes, pero ocasionalmente uno de nuestros pacientes es notificado de que la cantidad para nuestro servicio supera las tarifas "UCR" (por sus siglas en inglés). Para evitar decepciones, sugerimos que los pacientes se pongan en contacto con su compañía de seguro para asegurarse de que sus suposiciones sobre su seguro son correctas. Pre-certificación de cualquiera de los servicios, si es requerido por la compañía de seguro, es la responsabilidad del paciente. Póngase en contacto con nuestro representante

financiero si usted tiene alguna pregunta acerca de la pre-certificación. Algunos pacientes tienen pólizas de aseguranza contra cáncer que ayudan a cubrir los servicios brindados. Por favor, notifiquenos con la información relativa a cualquier póliza de cáncer que pueda tener para que podamos ayudar a facilitar estas cantidades hacia el pago de su factura. Si en cualquier momento usted está en necesidad de una factura para enviar a un plan de aseguranza de cáncer, póngase en contacto con nuestro representante financiero.

Nuestro acuerdo contractual para el pago de todos los servicios es con usted, nuestro paciente, no su compañía de aseguranza. Si existe una disputa relacionada con el servicio brindado o el cargo por este servicio, la solución de esa disputa es entre usted y su compañía de aseguranza. Nuestra oficina no está involucrada en la solución de estas disputas. La responsabilidad final por el pago de los servicios brindados a usted es suya.

Arreglos Financieros

Las facturas se pagan en el momento del tratamiento o cuando se brinda un servicio. Independientemente de su cobertura de aseguranza, nuestra oficina depende de usted para liquidar su cuenta. A fin de que podamos tener un claro entendimiento sobre el pago de cuotas, por favor revise lo siguiente:

- A. Plan de Pago en efectivo.** El pago de la parte de los servicios médicos que la aseguranza no cubre (co-pago o deducible) vence y es pagadero el día en el que es brindado el servicio. El pago de estos servicios pueden ser pagados en efectivo, cheque personal, tarjeta de crédito o débito (Visa o MasterCard)
- B. Plan de cuentas.** El pago del balance **por completo** en el momento que recibe su factura. El pago se puede pagar en efectivo, cheque personal, tarjeta de crédito o débito (Visa o MasterCard). Póngase en contacto con un representante financiero si desea autorizar que los saldos mensuales sean cargado a su tarjeta de crédito.
- C. Préstamo personal.** Para equilibrar las cantidades que usted no puede pagar por completo en el momento que reciba su factura, le pedimos que haga arreglos con una institución de crédito para un plan de pago. Después de que el crédito es aprobado, la institución de crédito deberá pagar el saldo debido, y usted puede pagar su préstamo en un período de meses a las tasas bancarias actuales.
- D. Plan de pago mensual.** Se pueden hacer arreglos para tener un pago automático retirado de su cuenta de cheques el día 28 de cada mes y se envía directamente a **Heartland Hematología y Oncología, P.C.** Póngase en contacto con nuestro representante financiero para completar el papeleo.

Si se necesitan otros arreglos por favor hable con un representante financiero ANTES de recibir el servicio.

Asistencia al Paciente

Varias fundaciones y empresas farmacéuticas están disponibles para proporcionar ayuda a los pacientes que califican para recibir asistencia. Esto puede incluir asistencia con medicamentos y copagos de aseguranza. Antes del tratamiento, nuestro personal comprobará si usted califica para asistencia y nosotros ayudamos a nuestros pacientes a través del proceso. Si usted tiene preguntas, por favor hable con nuestro personal.

Compensación por Accidente Laboral

Como una cortesía a nuestros pacientes, nuestro representante financiero va a presentar reclamaciones de compensación a trabajadores. Sin embargo, si la solicitud es negada, indecisa, o no se paga en el plazo de 60 días desde la fecha del servicio, le pedimos presentar un reclamo de aseguranza de salud personal o pagar los cargos en su totalidad. Usted siempre debe notificar a su empresa si hay algún retraso o problema en resolver su reclamo de compensación a trabajadores. Las demoras en forma irrazonable o el uso de maniobras dilatorias deberán ser comunicadas a la oficina del comisionado de aseguranza de Nebraska.

Gracias

Apreciamos su selección de **Heartland Hematología y Oncología, P.C.** para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos comprometidos a hacer lo mejor que podamos para ofrecerle el mejor de los cuidados. Nuestro personal—médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina y administrativos—trabajan como un equipo. Tomamos gran orgullo en nuestra formación, habilidades y dedicación y esperamos que pronto compartan nuestra confianza. Sus comentarios y sugerencias son siempre bienvenidos, y si usted tiene alguna preocupación, POR FAVOR denos una oportunidad de hablar con usted sobre ellos.

HEARTLAND HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA, P.C.

412 West 42nd Street Kearney, NE 68845

Teléfono: (308) 865-2303 Fax: (308) 865-2304

Nombre del Paciente _____ Médico de cabecera _____
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Dirección del Paciente: _____ Médico de referencia _____
(calle/ rt#/ buzón#)

(ciudad) (estado) (código postal) (correo electrónico)

Teléfono fijo: _____ Celular del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Número de Seguro Social: _____ Estado civil: Soltero Casado Viudo(a) Divorciado(a) Otro _____

Idioma de Preferencia: español inglés Otro _____

Raza: _____ Pertenencia étnica: Hispano/Latino no hispano latino no responde

Condición Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo Jubilado(a) Ama de Casa Con Discapacidad Estudiante

Empleador: _____ Posición Laboral: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección del empleador _____
(calle / rt #/ buzón #) (ciudad) (estado) (código postal)

Nombre del cónyuge: _____ Celular del Cónyuge: _____

Empleador del Cónyuge: _____ Posición Laboral del Cónyuge: _____ Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador: _____
(st / rt #/ buzón #) (ciudad) (estado) (código postal)

Responsable (si es un Menor o Hay Otra Razón): _____

Parentesco (Seleccione uno): Padre Tutor Poder Legal Otro _____

Dirección de la Persona Responsable: _____
(st / rt #/ buzón #) (ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono Fijo: _____ Celular _____

Información de la Asegurancia

Número de Medicare: _____ Número de Medicaid: _____

Nombre de la Asegurancia Principal: _____

Número de Póliza: _____ Número de identificación del grupo: _____

Nombre del Suscriptor (persona que lleva la asegurancia) _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ SSN: _____

Por favor complete la información al respaldo de la hoja.

HEARTLAND HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA, P.C.

Nombre _____

Nombre de la Aseguranza Secundario _____

Número de Póliza: _____ Número de identificación del grupo: _____

Nombre del Suscriptor (persona que lleva el seguro) _____

¿Tiene una póliza de cáncer? Sí No Si sí, pida ayuda para obtener la solicitud para procesar su información.

Si no tiene aseguranza, ¿cómo quiere pagar por sus servicios? Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Directiva Anticipada

¿Tiene Testamento Vital? Sí No ¿Tiene Poder Legal de cuidado de Salud? Sí No ¿Tiene una orden de “No resucitar”? Sí No

Información de la Farmacia

Farmacia de Preferencia: _____ Ubicación: _____
(ciudad) (estado) (código postal)

Pedido de orden/Especialidad/Farmacia de la Parte D de Medicare: _____
Si tiene Medicare parte D, vamos a necesitar escanear su tarjeta

Amigo Más Cercano o Pariente que no Viva con Usted (Contacto de Emergencia)

Nombre: _____ Teléfono Fijo: _____

Parentesco con el Paciente: _____ Celular: _____

Dirección: _____
(calle / rt #/ buzón #) (ciudad) (estado) (código postal)

¿Es usted un Veterano?

Sí No

¿El Departamento de Asuntos de Veteranos lo(a) refirió aquí para el tratamiento?

Sí No

¿Tiene usted una “Fee Basis ID Card” del Departamento de Asuntos de Veteranos?

Sí No

¿Usted tiene una Tarjeta de Beneficios Federales por pulmón negro?

Sí No

¿Está usted cubierto por un plan de aseguranza a través de su empleo o el de un familiar? (No Cobertura de Jubilación)

Sí No

¿Es esta condición médica ocasionada por un accidente de cualquier tipo? Sí No

(Si su respuesta es sí por favor, complete lo siguiente) Relacionado con el trabajo Herido en su casa

Accidente Automovilístico Otro _____

Su médico puede solicitar su permiso para que un proveedor de atención médica no asociado con la clínica, (es decir, un médico residente en formación) los acompañe durante la visita a la oficina. Si se niega a la solicitud, el médico se acatará a la negación.

Yo autorizo la divulgación de mi historia médica de esta oficina, así como los expedientes obtenidos desde otras instalaciones pertinentes a mi plan de tratamiento, a otros centros médicos como es necesario para la continuación de mi cuidado. Yo autorizo Heartland Hematología & Oncología a tomar una fotografía de mí y guardar esta foto en mi archivo para fines de identificación.

Yo autorizo la revelación de porciones de mi historia médica a mi proveedor de aseguranza para determinar la responsabilidad y obtener el reembolso. Cedo a todos los beneficios médicos/quirúrgicos para los cuales tengo derecho a Heartland Hematología y Oncología, PC. Entiendo que los CARGOS SON PARA PAGAR EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos estén o no cubiertos por la aseguranza.

Autorizo que Heartland Hematología y Oncología, P.C. me brinde servicios médicos.

FECHA _____

FIRMA _____

Marque Sí o No o No Aplicable

REVISION DEL SISTEMA por cada línea

GENERAL

Pérdida del Apetito	Sí	No	NA
Pérdida de Peso	Sí	No	NA
Aumento de Peso	Sí	No	NA
Fiebre	Sí	No	NA
Escalofrío	Sí	No	NA
Cansancio	Sí	No	NA
Bochornos	Sí	No	NA
Sudores Nocturnos	Sí	No	NA
Dolor	Sí	No	NA
Lugar			

LA PIEL

Moretones	Sí	No	NA
Nuevas Lesiones	Sí	No	NA
Sequedad	Sí	No	NA
Sarpullido	Sí	No	NA

HEENT (Examen de cabeza, oídos, ojos, nariz, y garganta)

Dolor de Cabeza	Sí	No	NA
Disturbio Visual	Sí	No	NA
Pérdida Auditiva	Sí	No	NA
Congestión Nasal	Sí	No	NA
Alergias Estacionales	Sí	No	NA
Llagas Orales	Sí	No	NA
Dolor de Garganta	Sí	No	NA
Encías Sangrantes	Sí	No	NA
Visión Doble	Sí	No	NA
Ojos Secos	Sí	No	NA
Sangrado de Nariz	Sí	No	NA

RESPIRATORIO

Falta de Aire	Sí	No	NA
Tos	Sí	No	NA
Flemas	Sí	No	NA
Tos con Sangre	Sí	No	NA

CARDIOVASCULAR

Ritmo Cardíaco Irregular	Sí	No	NA
Dolor de Pecho	Sí	No	NA
Edema	Sí	No	NA
Presión Arterial Elevada	Sí	No	NA
Palpitación	Sí	No	NA

GASTROINTESTINAL

Acidez	Sí	No	NA
Dolor Abdominal	Sí	No	NA
Defecación Sangrolenta	Sí	No	NA
Estreñimiento	Sí	No	NA
Diarrea	Sí	No	NA
Dificultad para Tragar	Sí	No	NA
Nausea	Sí	No	NA
Vómito	Sí	No	NA

MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor de espalda	Sí	No	NA
Dolor de hueso	Sí	No	NA
Dolor de articulación	Sí	No	NA
Rigidez articular	Sí	No	NA
Dolor Muscular	Sí	No	NA
Calambres Musculares	Sí	No	NA

NEUROLÓGICO

Entumecimiento/Hormigueo	Sí	No	NA
Lugar			
Mareo	Sí	No	NA
Desmayo	Sí	No	NA
Tambaleo	Sí	No	NA
Debilidad	Sí	No	NA

PSIQUIÁTRICO

Cambio de Humor	Sí	No	NA
Ansiedad	Sí	No	NA
Depresión	Sí	No	NA
Dificultad para Concentrarse	Sí	No	NA
Dificultad para Dormir	Sí	No	NA

HEMATOLOGÍA

Sangrado Anormal	Sí	No	NA
Historia de Coágulos de Sangre	Sí	No	NA
Ganglios Linfáticos Agrandados	Sí	No	NA
Hematomas Fáciles	Sí	No	NA

INMUNOLOGÍA**Historia De:**

Sinusitis	Sí	No	NA
Infección de la Vejiga	Sí	No	NA
Neumonía	Sí	No	NA
Bronquitis	Sí	No	NA

GENITOURINARIO**Todo**

Incontinencia	Sí	No	NA
Sangre en la Orina	Sí	No	NA
Orina Frecuentemente	Sí	No	NA
Cuántas Veces Orina en la Noche			

Mujeres

Edad De Primer Ciclo Menstrual:			
Edad del Primer Parto			
Edad De Menopausia:			
Número de Días de Menstruación:			
Duración de Ciclo Menstrual			

Hombres

Vacilación	Sí	No	NA
Dificultad Comenzando Chorro de orina	Sí	No	NA

Formulario de Historia Médica del Paciente

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Razón de Visita: _____

Historia Médica Pasada (todos los diagnósticos de salud y enfermedades pertinentes):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vacuna Contra La Neumonía: Si/No **Fecha:** _____

Vacuna Contra La Influenza: Si/No **Fecha:** _____

Colonoscopia: Si/No **Fecha:** _____ **Caída(s) Reciente(s):** Si/No **Fecha:** _____

Historia de Cirugías Pasadas (con fechas aproximadas):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Médica Familiar:

<u>Miembro de Familia:</u>	<u>Diagnosis:</u>	<u>Vivo o Fallecido:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Social:

Fuma o Usa Tabaco: Si/No # de años: _____ Paquetes por día: _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____
Consumo de Alcohol: Sí/No # de bebidas por: Día: _____ Semana: _____ Mes: _____ Año: _____
Casado / Soltero / Viudo (a) / Divorciado Número de hijos _____
Profesión: _____

Lista de Medicamentos del Paciente

Medicamentos (Incluyendo medicamentos sin receta o hierbas):

Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día
Medicamento	Dosis	Veces al día

Alergias:

Medicamento u otro tipo	reacción	Medicamento u otro tipo	reacción
Medicamento u otro tipo	reacción	Medicamento u otro tipo	reacción
Medicamento u otro tipo	reacción	Medicamento u otro tipo	reacción
Medicamento u otro tipo	reacción	Medicamento u otro tipo	reacción

Heartland Hematología & Oncología P. C.
412 West 42nd Street Kearney, NE 68845
Teléfono: (308) 865-2303 Fax: (308) 865-2304

Recibo de Aviso de Privacidad de Prácticas (HIPAA)

Formulario de Constatación Escrita

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Heartland Hematología & Oncología P.C.

firma del paciente o Representante Personal

Fecha

Destinatario. Heartland Hematología y Oncología, P.C., toma la privacidad del paciente seriamente. El personal de HHO usa y revela información médica de los pacientes sólo como lo es permitido por la política de HHO y bajo las leyes correspondientes. Tales políticas y la ley permiten que el personal de HHO revele la información médica de un paciente a amigos y familiares designados por el paciente. Este formulario voluntario le permite designar a los amigos y familiares a quienes el personal de HHO puede revelar información sobre su atención médica, así como la información que puede ser revelada. Las siguientes personas u organización *recibirán* la información personal médica:

Nombre	Parentesco	Número de Teléfono

Explicación de los Derechos. Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando mi revocación escrita al Proveedor de Información. Mi revocación no es efectiva cuando la revelación ya ha sido hecha y acciones ya han sido tomadas basadas en esta Autorización.
- El proveedor de información NO puede condicionar el tratamiento, inscripción del plan médico o elegibilidad para beneficios si firma o no esta autorización.
- Autorizó la divulgación de información protegida bajo ley federal. Esta información, una vez revelada, puede ser objeto de re-divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por leyes estatales o federales.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Parentesco del Representante con el Paciente (si aplica)

Fecha

Renovación de la Política de Privacidad de la Clínica

- He leído y entendido la información anterior y autorizó a la gente mencionada anteriormente a *recibir información médica*.

Fecha/Iniciales

Fecha/Iniciales

Fecha/Iniciales

Fecha/Iniciales

Solicitud de Liberación de Registros Médicos

POR LA PRESENTE SOLICITO QUE:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

POR FAVOR, INCLUYA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

____ INFORMES DE CONSULTA

____ NOTAS DE LA CONSULTA

____ INFORMES DE LABORATORIO/RAYO-X

____ INFORMACIÓN ADICIONAL:

____ TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS

PROPORCIONE MI HISTORIAL MEDICO A:

**Heartland Hematología & Oncología, P.C.
412 West 42nd Street
Kearney, Nebraska 68845**

Teléfono: (308) 865-2303

Fax: (308) 865-2304

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

ó FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

RAZÓN por la otra Firma

Cynthia M. Lewis, MD
Nicholas J. Hartl, MD
George K. Bascom, MD

Programa de Enfermeras de Enlace

Heartland Hematología y Oncología ha empezado un programa de enfermeras enlace para nuestros pacientes diagnosticados con cáncer y desordenes sanguíneos. Este servicio de enfermeras enlace le ayudará a usted y a sus seres queridos mientras continúa por este camino ofreciéndoles apoyo e información. El objetivo de estos servicios de enfermeras enlace es ofrecer ayuda para asegurar que usted reciba un tratamiento oportuno y de calidad para su enfermedad. El enlace trabaja con todo los profesionales de salud para eliminar las barreras que obstaculizan el cuidado efectivo e integral de cáncer hematológica. Nuestras enfermeras enlace son enfermeras experimentadas de oncología que están allí para ayudarle a usted a entender y adherirse a su plan de tratamiento y cambios en su vida que pueda requerir. Estos servicios están disponibles para usted desde el momento del diagnóstico hasta el tratamiento y el proceso de supervivencia.

La enfermera enlace puede ayudarle a lograr cualquiera de los siguientes:

1. Suministrar información necesitada para tomar decisiones
2. Dar información sobre qué esperar durante citas y tratamientos
3. Ayudar a organizar citas con otros médicos y servicios de apoyo tal como terapia física, servicios de transportación.
4. Ayudar con servicios de traducción/interpretación
5. Identificar las fuentes de apoyo financiero y problemas de aseguranza
6. Compartir información disponible sobre estudios de investigación en clínica disponibles
7. Conceder apoyo y entendimiento durante el tratamiento

Enfermeras de enlace de Heartland Hematología y Oncología:

HEARTLAND HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA, P.C.

NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Como es Requerido por los Reglamentos de Privacidad Creados como Resultado de la La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD (COMO PACIENTE DE ESTA CLÍNICA) PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL.

POR FAVOR LEA ESTE AVISO ATENTAMENTE.

A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información médica personal (IIHI por sus siglas en inglés). Durante la realización de nuestros servicios, crearemos archivos sobre usted y el tratamiento y los servicios que le son proveídos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle esta información de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra clínica con respecto a su IIHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que están vigentes en el momento.

Sabemos que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información que es de gran importancia:

- Cómo podemos usar y divulgar su IIHI
- Sus derechos de privacidad en su IIHI
- Nuestras obligaciones en relación con el uso y divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su IIHI que son creados y llevados por nuestra clínica. Nos reservamos el derecho de cambiar o corregir el presente Aviso de Privacidad. Cualquier cambio o corrección de este aviso será efectivo para todos sus expedientes que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquier registro que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestra clínica tendrá una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible y usted puede solicitar una copia del Aviso más actual en cualquier momento.

B. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTE AVISO, POR FAVOR, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

**HEARTLAND HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA, P.C.
412 West42nd Street
Kearney, NE 68845
308-865-2303**

C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (IIHI por sus siglas en inglés) DE LAS SIGUIENTES MANERAS

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podemos usar y divulgar su IIHI

- 1. Tratamiento.** Nuestra práctica puede usar su IIHI para darle tratamiento. Por ejemplo, podemos pedirle que se haga análisis de laboratorio (tales como análisis de sangre o de orina), y podemos utilizar los resultados para ayudarnos a obtener un diagnóstico. Podríamos usar su IIHI con el fin de escribirle una prescripción, o podríamos revelar su IIHI a una farmacia cuando ordenemos una prescripción para usted. Muchas de las personas que trabajan para nuestra clínica - incluyen, pero no se limitan a, nuestros médicos y enfermeras - pueden usar o revelar su IIHI para su tratamiento o para ayudar a otros en su tratamiento. Además, podemos revelar su IIHI a otros que puedan ayudar en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres. Por último, también podemos revelar su IIHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.
- 2. Pago.** Nuestra práctica puede usar y revelar su IIHI con el fin de facturar y cobrar el pago por los servicios y artículos que usted puede recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos contactar a la compañía de su seguro médico para certificar si usted es elegible para los beneficios (y que rango de beneficios), y podemos proporcionarles detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguranza cubrirá, o pagará por su tratamiento. También podemos usar y divulgar su IIHI para obtener el pago por parte de terceros que puedan ser responsables por dichos costos, tales como miembros de la familia. También, podemos utilizar su IIHI para facturar directamente los artículos y servicios. Podemos revelar su IIHI a otras entidades y proveedores de atención médica para ayudar en su facturación y cobranza.
- 3. Operaciones de Atención Médica.** Nuestra clínica puede utilizar y revelar su IIHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y revelar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede utilizar su IIHI para evaluar la calidad de la atención que recibió por parte de nosotros, para administrar los costos o para la planificación empresarial de nuestra clínica. Podemos revelar su IIHI a otras entidades y proveedores de atención médica para ayudar a su funcionamiento.
- 4. Recordatorios de Citas** Nuestra práctica puede usar y revelar su IIHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita.
- 5. Opciones de tratamiento.** Nuestra práctica puede usar y revelar su IIHI para informarle de posibles opciones o alternativas de tratamiento.
- 6. Beneficios y Servicios relacionados con la Salud.** Nuestra clínica puede usar y revelar su IIHI para informarle de beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- 7. Entrega de información a Familiares y Amigos.** Nuestra clínica puede revelar su IIHI a un amigo o familiar que esté involucrado o ayude con su cuidado. Por ejemplo, un padre o tutor puede pedir que una niñera lleve a su niño a la consulta con el pediatra para tratar un resfriado. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica del niño.

- 8. Revelación de información Requerida por la Ley.** Nuestra clínica va a usar y revelar su IIHI cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.

D. USO Y REVELACIÓN DE SU IIHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:

Las siguientes categorías describen situaciones extraordinarias en las cuales podemos utilizar o revelar su información personal médica:

- 1. Riesgos de Salud Pública;** Nuestra clínica puede revelar su IIHI a las autoridades de salud pública que estén autorizadas por ley para recolectar información con el propósito de:
 - mantener registros vitales, como nacimientos y muertes
 - reportar abuso o abandono infantil
 - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades
 - notificar a una persona con respecto a posible exposición a una enfermedad contagiosa
 - notificar a una persona con respecto a un riesgo potencial de propagación o contagio de una enfermedad o condición
 - reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos o dispositivos
 - notificar a las personas si un producto o dispositivo que puedan estar usando ha sido retirado del mercado
 - notificar a la(s) agencia(s) apropiada(s) del gobierno y autoridad (es) acerca de posible abuso o abandono de un paciente adulto (incluyendo violencia doméstica); Sin embargo, solamente revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por ley a revelar esta información
 - notificar a su empleador bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente con una lesión, enfermedad o inspección médica en el trabajo.

- 2. Actividades de Supervisión Médica.** Nuestra clínica puede revelar su IIHI a una agencia supervisora de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de salud en general.

- 3. Demandas y Procedimientos Similares.** Nuestra práctica puede usar y revelar su IIHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en un juicio o en un procedimiento similar. También podemos revelar su IIHI en respuesta a una petición de descubrimiento, citación u otro proceso legal de otro grupo involucrado en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que el grupo ha solicitado.

- 4. Orden Público. Podemos revelar IIHI si así lo solicita un oficial de orden público:**
 - Con respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
 - Con respecto a una muerte que creemos es el resultado de una conducta criminal
 - Sobre conducta criminal en nuestras oficinas

- En respuesta a una orden de arresto, citación, orden judicial, o proceso legal similar
 - Para identificar / localizar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida
 - En caso de emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación o la (s) víctima (s) del crimen, o la descripción, identidad o ubicación del sospechoso).
5. **Pacientes Fallecidos.** Nuestra clínica puede revelar IIIHI a un médico forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podríamos revelar información para que directores de funerarias puedan realizar su trabajo.
 6. **Donación de Órganos y Tejidos.** Nuestra oficina puede revelar su IIIHI a organizaciones encargadas de obtención o trasplante de órganos, ojos o tejido, esto incluye a bancos de donaciones de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejido si usted es un donante de órganos.
 7. **Investigación.** Nuestra clínica puede utilizar y divulgar su IIIHI para propósitos investigativos en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su IIIHI para fines investigativos excepto cuando la Junta de Revisión o la Junta de Privacidad haya determinado que la suspensión de su autorización cumple con lo siguiente: (i) el uso o la revelación no involucra más que un mínimo riesgo para su privacidad basado en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger a los identificadores de un uso inapropiado y de revelación; (B) un plan adecuado para destruir los identificadores en la mayor brevedad posible consistentemente con la investigación (a menos de que haya una justificación médica o de investigación para retener los identificadores o tal retención es de otra forma requerida por ley); y (C) garantías escritas adecuadas que la IMP (Información Médica Protegida) no pueda ser reutilizada o revelada a ninguna otra persona o entidad (excepto según lo requerido por la ley) para supervisión autorizada del estudio investigativo, o para otras investigaciones en las cuales el uso o la revelación sería de otra forma permitida; (ii) la investigación no podría posiblemente ser realizada sin la exención; y (iii) la investigación no podría posiblemente ser realizada sin acceso y uso de la IMP.
 8. **Graves Amenazas para la Salud o la Seguridad.** Nuestra clínica puede utilizar y revelar su IIIHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias, sólo revelaremos información a la persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
 9. **Fuerzas Militares.** Nuestra clínica puede revelar su IIIHI si usted es un miembro de las fuerzas militares Estadounidenses o extranjeras (incluyendo a los veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
 10. **Seguridad Nacional.** Nuestra clínica puede revelar su IIIHI a oficiales federales para espionaje y actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos revelar su IIIHI a funcionarios federales con el fin de proteger al Presidente, otros funcionarios oficiales, jefes de estados extranjeros, o para realizar investigaciones.
 11. **Prisioneros.** Nuestra oficina puede revelar su IIIHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un preso o está bajo la custodia de un oficial de la ley. La revelación para estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le proporcione servicios de

salud, (b) para la protección y la seguridad de la institución, y / o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

12. Indemnización por Accidente Laboral. Nuestra clínica puede revelar su IIIH para la indemnización por accidente laboral y otros programas similares.

E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU IIIH

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

- 1. Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra clínica se comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted a su casa, en vez de a su trabajo. Además, **Heartland Oncología y Hematología, P.C.** puede dejar un mensaje en su contestador con respecto a las fechas y horas de sus citas, resultados de análisis y solicitudes de información. Para solicitar un tipo de comunicación específico confidencial, usted deberá hacer una solicitud por escrito a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**, especificando el método requerido de contacto, o la ubicación donde desea ser contactado. Nuestra clínica acomodará peticiones **razonables**. Usted no necesita dar la razón de su solicitud.
- 2. Comunicaciones Financieras.** Usted tiene derecho a solicitar que nuestra clínica se comunique con usted con respecto a su cobertura de seguro médico, pagos al seguro o las obligaciones financieras de una manera particular o en un lugar determinado como se indicó anteriormente. Además, Heartland Hematología y Oncología, P.C., puede dejar un mensaje en su contestador solicitando cierta información, o pedir que se contacte con nuestra oficina. Para solicitar una forma específica de comunicación financiera, usted deberá hacer una solicitud por escrito a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**, especificando el método requerido de contacto, o la ubicación donde desea ser contactado.
- 3. Solicitud de Restricciones** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en el uso o revelación de su IIIH para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, usted tiene el derecho de pedir que limitemos la revelación de su IIIH solo a ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado, tales como miembros de la familia y amigos. **No estamos obligados a acceder a su solicitud.** Sin embargo, en caso de acceder, estamos sujetos a nuestro acuerdo excepto cuando sea de otra forma requerido por la ley, en caso de emergencia o cuando la información sea necesaria para darle tratamiento. Con el fin de solicitar una restricción en el uso o revelación de su IIIH, debe hacer su petición por escrito a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**. Su solicitud debe describir de forma clara y concisa:
 - a) la información que desea restringir;
 - b) sea que esté solicitando limitar nuestro uso, revelación o ambos; y
 - c) para quién desea que se apliquen estos límites.
- 4. Inspección y Copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la IIIH que se pueda usar para tomar decisiones acerca de usted, incluyendo los registros médicos y los registros de facturación del paciente, pero no incluyendo las notas de psicoterapia. Usted debe presentar su solicitud

por escrito a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303** con el fin de inspeccionar y obtener una copia de su IIIH. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de las copias, el envío, mano de obra y materiales relacionados con su solicitud. Nuestra clínica puede negar su solicitud de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas; Sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestra negación. Otro médico profesional autorizado elegido por nosotros llevará a cabo revisiones.

5. **Correcciones.** Usted nos puede pedir que corriamos su información médica si usted cree que está incorrecta o incompleta, y usted puede solicitar una modificación durante el tiempo en que la información sea mantenida por o para nuestra clínica. Para solicitar una corrección, su petición debe hacerse por escrito y ser enviada a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**. Debe darnos una razón que respalde su solicitud de corrección. Nuestra clínica rechazará su solicitud si usted no envía su solicitud (y la razón que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos negar su petición si usted nos pide que corriamos información que es en nuestra opinión: (a) exacta y completa; (b) no es parte de la IIIH mantenido por o para la clínica; (c) no es parte de la IIIH la cual se permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no es creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para corregir la información.
6. **Informe de Revelaciones** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar un "informe de revelaciones". Un "informe de revelaciones" es una lista de ciertas revelaciones no rutinarias que nuestra clínica ha hecho de su IIIH para el no tratamiento, falta de pago o falta de funcionamiento. El uso de su IIIH como parte de la rutina de cuidado del paciente en nuestra clínica no es obligatorio que esté documentado. Por ejemplo, el médico comparte información con la enfermera o el departamento de facturación utilizando su información para presentar su solicitud al seguro. Con el fin de mantener un informe de revelaciones, debe hacer su petición por escrito a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42 Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**. Todas las solicitudes para un "informe de revelaciones" deben indicar un periodo de tiempo, que no puede ser mayor a seis (6) años desde la fecha de revelación y no puede incluir fechas antes del 14 de Abril del 2003. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses es gratis, pero nuestra clínica puede cobrar por listas adicionales dentro del mismo periodo de 12 meses. Nuestra clínica le notificará de los costos implicados con las peticiones adicionales, y usted puede retirar su petición antes de que usted genere algún gasto.
7. **Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa del aviso de nuestras prácticas de privacidad. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**.
8. **Derecho a Presentar una Queja** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a nuestra oficina o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra clínica, contacte a **Heartland Hematología & Oncología P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303**. Todas las quejas deben ser enviadas escritas. **Usted no será perjudicado por presentar una queja.**
9. **Derecho a Proporcionar una Autorización para Otros Usos y Revelaciones.** Nuestra clínica obtendrá su autorización escrita para usos y revelaciones que no están identificados en este aviso o permitidos por la ley vigente. Cualquier autorización que nos proporciona con respecto al uso y revelación de su IIIH

puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Después de que usted revoque su autorización, ya no usaremos o revelaremos su IIII por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar los expedientes de su atención médica.

Repetimos, si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o nuestra política de privacidad de información médica, por favor contacte a **Heartland Hematología & Oncología, P.C., 412 West 42nd Street, Kearney, NE 68845, 308-865-2303.**