



**Nuevos formularios del paciente**

# **The Methodist Hospital – Department of Orthopedics (Hospital Metodista - Departamento de Ortopedia)**

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Yo voluntariamente consiento que los médicos y otro personal clínico del Hospital Metodista, Departamento de Ortopedia (*The Methodist Hospital, Department of Orthopedics*), efectúen la evaluación y tratamiento de las condiciones por las cuales yo me he presentado a este hospital.

Yo reconozco que soy legalmente responsable por todos los cargos razonables con relación al cuidado médico y tratamiento proporcionado por los representantes del Hospital Metodista, Departamento de Ortopedia (*The Methodist Hospital, Department of Orthopedics*), y prometo pagar cualquier cargo que no sea pagado por mi plan de salud o seguro por el cuidado médico y servicios que son proporcionados al paciente.

Yo entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá en efecto todo el tiempo que yo reciba mi cuidado médico en el Hospital Metodista, Departamento de Ortopedia (*The Methodist Hospital, Department of Orthopedics*). Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente** (escriba en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del garante, si es menor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la firma**

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

**Su firma es necesaria para que nosotros podamos procesar cualquier reclamo al seguro y para asegurar el pago por los servicios prestados.**

Por el presente documento, yo autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente al The Methodist Hospital, Department of Orthopedics, entendiendo que soy responsable de pagar por los servicios no cubiertos. Yo certifico que la información que he proporcionado al The Methodist Hospital, Department of Orthopedics, en solicitar los pagos cubiertos bajo mi seguro u otra protección es correcta y completa. Yo autorizo a cualquiera que posea información médica sobre mí a proporcionarla a la compañía de seguro o sus agentes de cualquier información que se necesite para determinar los beneficios pagables por los servicios relacionados. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una copia de esta asignación será considerada como válida al igual que el original.

**YO ESTOY DE ACUERDO DE SER RESPONSABLE FINANCIERAMENTE POR TODOS LOS CARGOS. HE LEÍDO ESTA INFORMACIÓN Y LA ENTIENDO.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente** (escriba en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del garante, si es menor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la firma**

**Methodist Orthopedics**  
Formulario de Información del paciente

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente (Apellido, Nombres) \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ No. de teléfono de la casa (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ No. de teléfono celular \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año) \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del centro de trabajo (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
En caso de emergencia: NOMBRE \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Número de teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL GARANTE:**

Nombre del dueño de la póliza \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social del garante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Número de teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL:**

Nombre del Seguro principal \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ No. de teléfono de verificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la Oficina de Reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Identificación del miembro (ID) / Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_ Número del grupo / Número de Póliza \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ FDN mes/día/año \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:**

Nombre del Seguro secundario \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ No. de teléfono de verificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la Oficina de Reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Identificación del miembro (ID) / Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_ Número del grupo / Número de Póliza \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ FDN mes/día/año \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Se requiere el pago en el momento de la prestación de los servicios. ¡Muchas gracias!**

# The Methodist Hospital

Physician Organization

The Department of Orthopedics

Kaare Kolstad, Jr., M.D.

Tel: (713) 441-3860

Fax: (713) 790-2202

## Cuestionario del Historial Médico

Medical Center Office

6550 Fannin, Suite 250

Houston, Texas 77030

Pearland Office

2950 Cullen Parkway Ste 103

Pearland, Texas 77584

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

¿Por qué está viendo usted al doctor hoy?: (Parte del cuerpo)

\_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono del médico que ha referido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor describa los problemas por los que está usted hoy aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué tiempo tiene usted este problema / fecha de la lesión?: \_\_\_\_\_

¿Es el resultado de una lesión que ocurrió en?  Casa  Escuela  Auto  Otro: \_\_\_\_\_

Por favor describa el tipo de dolor que está teniendo: (Marque todos los que apliquen)

Agudo  Gran dolor  Punzada  Sordo  Calambres  Palpitante

Ardor  Constante  Dolor en la noche  Intermitente  Hormigueo

¿En una escala de 1 – 10, cuán severo es el dolor?

Sin dolor  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

¿Cuándo ocurre el dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué le hace empeorar? \_\_\_\_\_

¿Qué le hace mejorar? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted tratamientos o cirugía para este problema actual?  No  Sí

¿Si lo ha tenido, quién lo hizo, cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

Cirugías previas no relacionadas:  Ninguna  Sí \_\_\_\_\_

Liste todos los medicamentos actuales:

	Medicamento	Dosis	Veces/Día
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Por favor liste cualquier medicamento del cual usted haya tenido una reacción **alérgica** o adversa:

---



---



---

Por favor marque lo que aplica a **USTED**:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma/Enfisema             | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón  | <input type="checkbox"/> Convulsión          | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales          |
| <input type="checkbox"/> Problemas del hígado      | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Cáncer              | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                  |
| <input type="checkbox"/> Angina con ejercicio      | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón     | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre   | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas            |
| <input type="checkbox"/> Problema para respirar    | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral       | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Control de natalidad         |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial     | <input type="checkbox"/> Arritmia              | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las encías     |
| <input type="checkbox"/> Problema de coagulación   | <input type="checkbox"/> Desorden psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Colesterol alto     | <input type="checkbox"/> Problemas de vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Problema neurológico  | <input type="checkbox"/> Problema de la piel |   |

Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma/Enfisema             | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón  | <input type="checkbox"/> Convulsión          | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales          |
| <input type="checkbox"/> Problemas del hígado      | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Cáncer              | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                  |
| <input type="checkbox"/> Angina con ejercicio      | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón     | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre   | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas            |
| <input type="checkbox"/> Problema para respirar    | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral       | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Control de natalidad         |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial     | <input type="checkbox"/> Arritmia              | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las encías     |
| <input type="checkbox"/> Problema de coagulación   | <input type="checkbox"/> Desorden psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Colesterol alto     | <input type="checkbox"/> Problemas de vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Problema neurológico  | <input type="checkbox"/> Problema de la piel |   |

Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL:**

**La cantidad que usted bebe y fuma puede afectar cuan bien pueden sanar los huesos y ligamentos y cómo puede reaccionar a las medicinas o anestesia.**

**ALCOHOL**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NO TOMO            | <input type="checkbox"/> Promedio de cervezas a la semana _____       |
| <input type="checkbox"/> Soy bebedor social | <input type="checkbox"/> Promedio de copas de vino a la semana _____  |
| <input type="checkbox"/> Bebo diariamente   | <input type="checkbox"/> Promedio de vasos de licor a la semana _____ |

**TABACO**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> No fumo  |
| <input type="checkbox"/> Fumaba pero he dejado                            |
| <input type="checkbox"/> Mastico tabaco                                   |
| <input type="checkbox"/> Fumo ___ cajetillas por semana desde _____ (año) |

He leído y respondido con la verdad cada pregunta de acuerdo a lo mejor de mi entendimiento.



# The Methodist Hospital Physician Organization

## CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN RELEVANTE DE SALUD A PERSONAS INVOLUCRADAS EN MI CUIDADO DE LA SALUD

DOY CONSENTIMIENTO al **Dr. Karre Kolstad** para revelar información relevante a mi salud (estado de salud, tratamiento y arreglos de pago) a los miembros de mi familia y a las personas que he listado abajo que están involucradas en mi cuidado de la salud:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

NO DOY CONSENTIMIENTO al **Dr. Karre Kolstad** para revelar información relevante a mi salud (estado de salud, tratamiento y arreglos de pago) a los miembros de mi familia y a otras personas involucradas en mi cuidado de la salud:

DOY CONSENTIMIENTO a cualesquier **centro de cirugía u hospitales asociados con la práctica de la medicina** del **Dr. Karre Kolstad** para revelar información relevante a mi salud (estado de salud, tratamiento y arreglos de pago) a los miembros de mi familia y a las personas que he listado abajo que están involucradas en mi cuidado de la salud.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

NO DOY CONSENTIMIENTO a cualesquier **centro de cirugía u hospitales asociados con la práctica de la medicina** del **Dr. Karre Kolstad** para revelar información relevante a mi salud (estado de salud, tratamiento y arreglos de pago) a los miembros de mi familia y a otras personas involucradas en mi cuidado de la salud.

\* Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letras de imprenta:

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* Paciente es menor ( \_\_\_ años de edad) \*O no puede dar el consentimiento porque: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que firma en nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Kaare Kolstad, M.D.  
Guía para los pacientes

**HORAS DE OFICINA**

Las horas de oficina son de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Las llamadas serán respondidas por el personal de la oficina dentro de las 48 horas de su llamada durante estas horas. El servicio de respuestas tomará los números de teléfono durante las horas de almuerzo, y serán transferidas a la oficina después del almuerzo. (Las llamadas de emergencia serán atendidas inmediatamente). Las llamadas fuera de estas horas serán recibidas por el servicio de respuestas que referirán las llamadas de emergencia a los médicos de servicio.

**MEDICAMENTOS**

Todos los pacientes que requieren medicamentos controlados (narcóticos, etc.) recibirán su repetición durante su visita a la oficina o llamando a su farmacia por una repetición, que a su vez nos llamará. Si su pedido es durante las horas **NO LABORABLES DE LA OFICINA**, por ejemplo, fines de semana o festivos, estas prescripciones serán atendidas en el próximo día laborable de la oficina. Los medicamentos NO serán atendidos durante los fines de semana o festivos, por lo tanto por favor no espere hasta que se le acabe el medicamento para llamar --- prevea y llame a su farmacia un par de días antes que se le acabe su medicamento. Si usted necesita un medicamento que debe ser precertificado por favor vea qué otra cosa está en su formulario y nosotros llamaremos por usted.

**FORMULARIOS**

Hay una tarifa por todos los formularios. Estos serán llenados dentro de un tiempo razonable pero no durante las horas de oficina. Las tarifas serán cobradas por adelantado.

**PROCEDIMIENTO DE PRECERTIFICACIÓN**

La verificación y extensión de la cobertura de su seguro personal usualmente requiere de 2 a 5 días para los seguros comerciales. La preautorización a través del seguro de compensación laboral puede involucrar un proceso que puede tomar hasta dos semanas. Los procedimientos deben ser precertificados antes de la programación. Nosotros nos esforzamos siempre para terminar este proceso lo antes posible. Una vez que se obtiene la precertificación, se le contactará a usted con relación a la programación de su procedimiento.

Si tenemos que reprogramar su cirugía más de dos veces, habrá un costo administrativo de \$30.00 por la reprogramación.

Si usted nos llama por una situación de emergencia y se trabaja para una cita esa día, por favor anticipe que tenga que esperar un poco ya que hay pacientes con citas programadas regularmente. Nosotros haremos que el doctor lo atienda lo antes posible. Sea paciente con nosotros. Muchas gracias.

He leído lo anterior, todas mis preguntas han sido respondidas y entiendo estas pautas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de nacimiento del paciente:

## ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS TMH Y SUS MÉDICOS NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Esta notificación describe cómo podrá usarse y divulgarse la información acerca de Ud.  
y de qué modo podrá tener acceso a esta información.  
Le rogamos que la lea atentamente.**

Esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad identifica de qué modo general se puede utilizar o divulgar su información confidencial de salud. La información confidencial de salud es la información personal identificable sobre salud que se encuentra en los registros médicos y de facturación de Ud. Esta información es generada o recibida por un proveedor de atención médica, compañía de seguros o empleador, y se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura. La Organización de Médicos TMH y sus Médicos podrá transmitir o guardar esta información en cualquier forma.

Esta Notificación explica sus derechos legales en relación con la información sobre su salud. También le informa sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de la Organización de Médicos TMH y sus Médicos con respecto a la información de salud generada por los servicios brindados en los consultorios individuales de cada médico de la Organización de Médicos THM. Si Ud. recibe los servicios de su médico o de un proveedor de atención médica en otro lugar, es probable que existan notificaciones o políticas de privacidad diferentes con respecto a la información sobre salud, y habrá una información de contacto diferente.

Para los fines de esta Notificación, los términos "Organización de Médicos TMH y sus Médicos", "Organización de Médicos TMH", "nosotros" y "nuestro" se refieren a la Organización de Médicos TMH como una organización y a cada médico afiliado con la Organización de Médicos TMH en particular, con respecto a la información de salud generada o mantenida por los médicos de la Organización de Médicos TMH.

### **NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES**

La ley nos exige que la información identificable sobre su salud se conserve de manera confidencial; que le proporcionemos esta Notificación con respecto a nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad relacionadas con la información sobre su salud; y que cumplamos los términos de la Notificación mientras esté en vigencia. Si modificamos esta Notificación, cumpliremos los términos de tal Notificación modificada mientras esté en vigencia.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

La siguiente información explica de qué forma la ley nos permite o nos exige que usemos y divulguemos la información sobre su salud. No todos los usos y divulgaciones de una categoría figurarán en la lista.

**Tratamiento:** Es probable que utilicemos o revelemos su información médica a un médico u a otro proveedor de atención médica para proporcionarle a Ud. atención y tratamiento. Por ejemplo, un médico que lo atienda por una pierna fracturada, tal vez necesite saber si Ud. padece de diabetes, porque esta enfermedad podría retrasar el proceso de curación. También podrá ocurrir que divulguemos información médica sobre Ud. a quienes podrían intervenir en su atención médica fuera la Organización de Médicos TMH, como por ejemplo hospitales, médicos y otros que le proporcionen atención médica y equipo médico o proveedores de productos. Podrá ocurrir que nos pongamos en contacto con Ud. para recordarle sus citas y para darle información acerca de los beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrece la Organización de Médicos TMH o el Sistema Hospitalario Metodista (Methodist Hospital System) o de tratamientos alternativos que pudieran interesarle.

**Pagos:** Es probable que utilicemos o revelemos información médica sobre Ud. para obtener el pago de los servicios que le prestemos. Es probable que divulguemos su información médica a otro proveedor o entidad de atención médica. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionarle a su plan de salud con información acerca de la cirugía que se le ha practicado, de modo que su plan de salud le pague a la Organización de Médicos TMH o reembolsarle por la cirugía. También informaremos a su plan de salud sobre el tratamiento que Ud. recibirá, para obtener la aprobación previa de ese plan para dicho tratamiento o para averiguar si su plan cubre el tratamiento mencionado.

**Operaciones de atención médica:** Es probable que utilicemos o revelemos información sobre Ud. para las actividades necesarias para la operación y realización de la misión de la Organización de Médicos TMH y el Sistema Hospitalario Metodista. Dichas actividades incluyen: revisión y mejoramiento del uso y calidad de la atención y servicios; evaluación del desempeño del personal y de los profesionales de atención médica; revisión de la competencia o calificación; educación y capacitación de médicos y otros proveedores de atención médica; planificación, desarrollo, administración de negocios y actividades administrativas en general.

**Autorización para otras revelaciones:** Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos información sobre su salud, excepto como se declara en este documento, salvo que Ud. nos otorgue autorización por escrito para hacerlo. En cualquier momento, Ud. podrá revocar esa autorización, por escrito. Si Ud. revoca una autorización, nosotros no utilizaremos ni divulgaremos más la información sobre su salud para el fin a que se refiere esa autorización. Sin embargo, no podemos retirar ninguna utilización o divulgación que ya hayamos hecho con su autorización.

**Familiares y amigos:** Es probable que utilicemos o revelemos información para notificar o ayudar a notificar su ubicación y estado general a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado. También podemos divulgar información de salud a un familiar, otro pariente, amigo íntimo o cualquier otra persona que Ud. identifique, si la información es importante para el compromiso que esa persona tiene para con su cuidado o el pago de ese cuidado. Ud. podrá prohibir la divulgación de esta información.

**Recaudación de fondos:** Es probable que utilicemos información sobre su salud para ponernos en contacto con Ud. en nuestro esfuerzo por recaudar fondos para nuestra organización y sus operaciones. Podemos divulgar esta información a la Fundación del Hospital Metodista para que nos ayude en nuestras actividades de recaudación de fondos. Sólo serán proporcionados los datos de contacto tales como su nombre, dirección y número de teléfono, y las fechas en las que Ud. recibió tratamiento o servicios de la Organización de Médicos TMH.

**Salud pública y Seguridad:** Es probable que utilicemos o revelemos información de salud, tal como lo autoriza o exige la ley local, estatal o federal para los siguientes fines, considerados de interés o beneficio público:

- Para informar acerca de ciertas enfermedades y heridas, nacimientos y fallecimientos, y casos donde se sospecha abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para contribuir a identificar, localizar, o dar parte de criminales sospechosos, víctimas de crímenes, muertes sospechosas o conducta criminal en las instalaciones de los médicos de la Organización de Médicos TMH;
- Para responder a la orden o citación de un tribunal, o cualquier otro proceso judicial;
- Para colaborar con los esfuerzos federales de socorro en caso de desastre;
- Para posibilitar el retiro del mercado, reparación o reemplazo de productos;
- Para responder a una auditoría, inspección o investigación por parte de una institución gubernamental relacionada con la salud;
- Para colaborar en cuestiones federales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;

- Para facilitar las donaciones de órganos y tejidos;
- Para colaborar con médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- Para responder a una solicitud proveniente de una cárcel o prisión, en relación con la salud o el tratamiento médico de un interno;
- Para responder a una solicitud de su autoridad de comando militar (si es Ud. miembro o veterano de las fuerzas armadas);
- Para brindar información a un programa de compensación laboral.

**Socios comerciales:** La Organización de Médicos TMH y sus Médicos brinda algunos servicios por medio de contratos con socios comerciales. Cuando contratemos estos servicios, divulgaremos la información sobre su salud al socio comercial, de modo que pueda realizar la tarea que le hemos encomendado. Sin embargo, nosotros le solicitamos al socio comercial que proteja su información.

**Registro y programación:** El Sistema Hospitalario Metodista, del cual la Organización de Médicos TMH es una entidad, la Facultad de Medicina Baylor (Baylor College of Medicine) y el Hospital Infantil de Texas (Texas Children's Hospital) y sus organizaciones participantes han desarrollado una base de datos centralizada para mejorar las operaciones de programación y registro. Estas instituciones podrán compartir esta información para reducir el tiempo que necesita para registrarse en cualquiera de nuestras instalaciones.

**Investigación:** Tras la aprobación de un Consejo de Revisión Institucional [Institutional Review Board (IRB)] utilizaremos o divulgaremos información a investigadores para la preparación de un estudio de investigación, para reclutar sujetos de investigación o para un estudio de investigación cuando la ley federal o estatal no requiera su permiso por escrito. El IRB revisa propuestas de investigación y redacta protocolos para proteger su seguridad y la privacidad de la información sobre su salud.

**Información sobre protecciones especiales de privacidad por abuso de alcohol y drogas:** La información sobre el abuso de alcohol y drogas cuenta con protecciones especiales de privacidad. No divulgaremos ninguna información que identifique como paciente a una persona, ni proporcionaremos ninguna información médica relacionada con el tratamiento a un paciente por abuso de una sustancia, a menos que el paciente lo consienta por escrito; un tribunal ordene la divulgación de la información; personal médico necesite la información para atender una emergencia médica; personal calificado utilice la información con el fin de llevar a cabo una investigación científica, para auditorías administrativas o financieras o para evaluación del programa; o que sea necesaria para dar parte de un crimen o de la amenaza de cometer un crimen, o para informar de abuso o negligencia, como lo exige la ley.

## **SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

El registro médico creado una vez que su médico se ha afiliado con la Organización de Médicos TMH es propiedad de ésta última. Ud. tiene, con respecto a la información de salud que la Organización de Médicos TMH ha creado acerca de Ud., los siguientes derechos, con ciertas excepciones:

Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta Notificación. Además, también podrá obtener una copia de esta Notificación en nuestro sitio Web: [www.methodisthealth.com](http://www.methodisthealth.com).

**Comunicaciones confidenciales:** Ud. tiene derecho a pedir que le comuniquemos la información de salud por medios alternativos o utilizando otros lugares distintos a su domicilio y número de teléfono particular. Ud. deberá solicitarlo por escrito a la persona de contacto de la Organización de Médicos TMH y deberá especificar cómo o dónde quiere que se establezca el contacto. Nosotros trataremos de satisfacer su solicitud de formas de comunicación alternativas. Si Ud. solicita un medio alternativo de comunicación, esa solicitud también deberá ser comunicada por usted a todos sus médicos, incluyendo a su médico privado.

**Restricciones:** Ud. tiene derecho a solicitar que restrinjamos la utilización o divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si bien no estamos obligados a aceptar su solicitud, si lo hacemos, su pedido será cumplido, a menos que se necesite la información para brindarle tratamiento de emergencia. Su solicitud deberá ser presentada por escrito a nuestra persona de contacto que figura en la lista.

**Acceso:** Ud. tiene el derecho de revisar la información sobre su salud y de recibir una copia, con ciertas excepciones. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no las notas sobre psicoterapia. La solicitud para revisar u obtener una copia de su información de salud deberá ser presentada por escrito a nuestra persona de contacto. Tal como lo autoriza la ley del Estado de Texas, se le cargarán tarifas por el procesado, copiado y envío postal.

**Modificaciones:** Si considera que la información que tenemos sobre su salud es incorrecta o incompleta, tiene derecho a pedir la modificación de esa información. Tiene derecho a pedir una modificación en tanto nosotros conservemos la información. El pedido de modificación debe ser presentada por escrito a nuestra persona de contacto y debe constar en ella el motivo que justifica su pedido.

**Informe de las divulgaciones:** Ud. tiene derecho a pedir una lista de las divulgaciones que hemos hecho sobre su información de salud, con excepción de las realizadas para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, aquellas autorizadas por Ud. y ciertas otras divulgaciones. Debe presentar su pedido por escrito a nuestra persona de contacto indicada y tendrá que especificar el período respecto al cual necesita el informe. El período no podrá ser de más de seis años y no deberá incluir fechas anteriores a la afiliación de su(s) médico(s) con la Organización de Médicos TMH. El primer informe que solicite durante un período de doce meses, será gratuito. Se cobrará una tarifa por informes adicionales durante ese mismo período.

**Modificaciones de esta Notificación:** Nos reservamos el derecho de modificar esta Notificación y el de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información de salud que mantenemos actualmente, así como de cualquier información que recibamos en el futuro. Si efectuamos una modificación importante a esta Notificación, la versión modificada será anunciada en los consultorios individuales de los médicos de la Organización de Médicos TMH y en el sitio Web de dicha organización. Además, habrá una copia en papel de la Notificación disponible a solicitud del interesado.

**Para presentar una queja:** Si Ud. considera que se han infringido sus derechos a la privacidad de su información de salud, podrá presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Secretary of the United States Department of Health and Human Services). No habrá ninguna sanción ni represalia en su contra por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Información de Contacto:** Si Ud. tiene alguna pregunta o necesita información con respecto a nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad, o de cómo ejercer cualquiera de los derechos de información de su salud detallados en esta Notificación, por favor, póngase en contacto con:

**Encargado de Prácticas Comerciales (Business Practices Officer)  
Organización de Médicos TMH (TMH Physician Organization)  
6565 Fannin  
Houston, Texas  
713.383.5125**



# The Methodist Hospital Physician Organization

## **ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS TMH Y SUS MÉDICOS NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO**

A usted se le entregó la Notificación de las Prácticas de Privacidad de la Organización de Médicos TMH (**TMH Physician Organization**) y sus Médicos. Este aviso describe sus derechos legales con relación a la información sobre su salud y le informará sobre los deberes legales y prácticas de privacidad de la Organización de Médicos TMH y sus Médicos con respecto a la información de salud creada por los servicios proporcionados por la Organización de Médicos TMH y sus Médicos. Si usted recibe servicios de su médico u otro proveedor del cuidado de la salud en un lugar diferente, usted puede querer preguntar acerca de las políticas de privacidad de la información de salud y notificaciones de ese consultorio o clínica porque podrían ser diferentes.

Su nombre y firma abajo indica que a usted se le ha entregado una copia de esta Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la información descrita en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad, por favor no vacile en llamar al Encargado de las Prácticas de la Oficina de la Organización de Médicos TMH (TMH Physician Organization's Business Practices Officer) al 713.383.5125.

---

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

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

Firma del paciente o del Representante personal calificado del paciente

Escriba en letras de imprenta el nombre del representante personal calificado: \_\_\_\_\_

Autoridad legal para actuar en representación del paciente: \_\_\_\_\_

**Nota: En caso de una paciente de obstetricia, este reconocimiento escrito de la recepción de la Notificación de las Prácticas de Privacidad también sirve como recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad en representación del recién nacido o de los recién nacidos.**

**Para uso sólo del Personal de la oficina**

---

Fecha del reconocimiento anotado en el sistema de administración del paciente/HIS: \_\_\_\_\_

Comentarios si la Notificación no ha sido entregada o no se ha obtenido el Reconocimiento: \_\_\_\_\_

Procesado por: \_\_\_\_\_

# The Methodist Hospital Physician Organization

# The Department of Orthopedics Kaare Kolstad Jr. MD

## LUGARES Y NÚMEROS DE TELÉFONOS

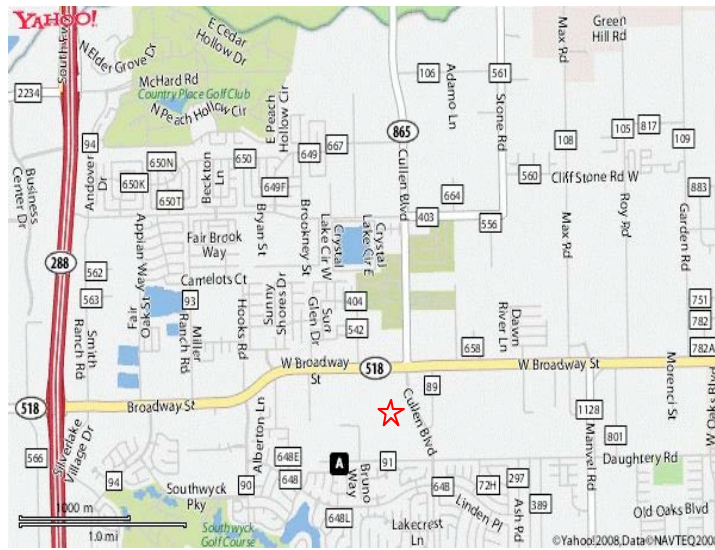
Teléfono principal: 713-441-3860

Teléfono para citas: 713-441-9000

Número de fax: 713-790-2202

### **En Pearland**

2950 Cullen Parkway, Suite 101  
Pearland, Texas 77584

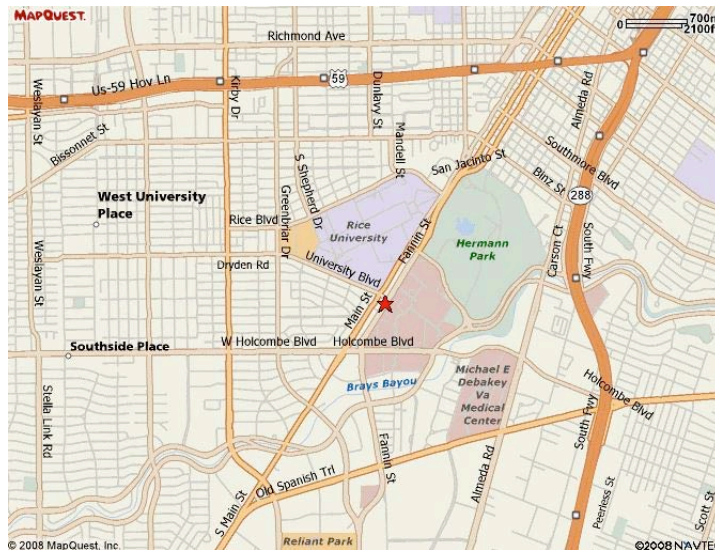


**Desde 288 North** tome 288 a Broadway/518 (Broadway y 518 son la misma calle). Voltee a la izquierda en 518. Voltee a la derecha en Cullen, estaremos a su derecha a .5 millas después de Walgreens.

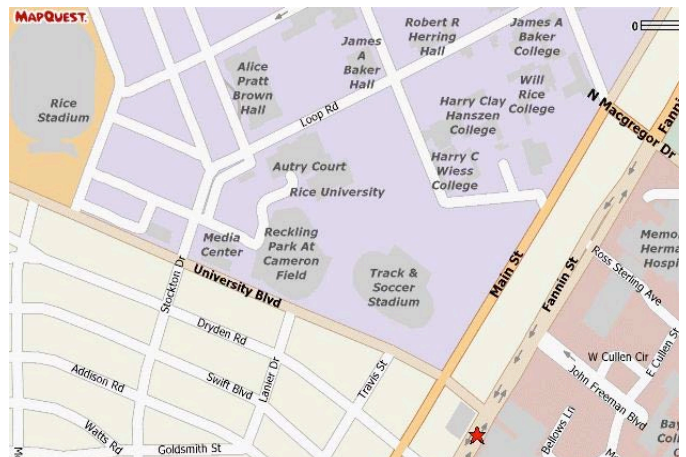
**Desde Beltway 8** salga en Cullen Road y siga por Cullen, pase la 518, estaremos al lado derecho a .5 miles después de Walgreens.

### **Centro Médico**

6560 Fannin (Smith Tower piso 26th)  
Houston, Texas 77030



**Desde 610 South** salga en Fannin. Voltee a la Derecha en Fannin. Siga hasta llegar a Dryden. Directamente después del semáforo en Dryden y Fannin voltee a la derecha en la Smith Tower Parking Garage.



Tenemos nuevo consultorio en  
Pearland desde el 1 de abril de 2008



The Methodist Hospital  
Physician Organization

**2950 Cullen Parkway #101**  
**Pearland, Texas 77584**  
**(713) 441-3860**

