



www.optimumimaging.com

## FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Derechos Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para asegurarse que todo tipo de información médica este protegida. Esta regla también fue creada para establecer el orden y obtener el consentimiento para el acceso a información médica sobre el paciente, realizar tratamiento, y obtener el pago por servicios.

Queremos informarle que respetamos la privacidad de su registro médico y haremos todo lo posible para protegerlos. Siempre tomamos precauciones para proteger su privacidad. Proporcionaremos la información mínima necesaria para solo aquellos que estén en necesidad de su información médica acerca de su tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud, a fin de proporcionar atención medica que este en su mejor interés.

También queremos apoyarlos para obtener acceso completo a su expediente médico. En ciertos casos será necesario compartir información médica con terceros (como laboratorios que interactúen con doctores, pero no pacientes). Posiblemente será necesario revelar información personal para propósitos médicos, pago, o autorizaciones médicas. Estas identidades no requieren el consentimiento o autorización del paciente.

Usted puede negarse a dar el consentimiento, pero debe ser por escrito. Bajo esta ley tenemos el derecho de negar servicios si usted decide negarnos el consentimiento de Información de Salud Personal (ISP). Si opta por dar el consentimiento en este documento en cualquier momento en el futuro, puede solicitar un rechazo completo o parcial de su ISP. No podrá revocar acciones pasadas por cuales su consentimiento firmado fue obtenido

Si usted tiene alguna objeción con este formulario, por favor diríjase al Oficial de Conformidad de HIPPA. Usted tiene derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, pedir restricciones, y revocar consentimiento (por escrito), después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### NOTIFICACION PARA NUESTROS PACIENTES EN CUMPLIMIENTO DE SEGURIDAD:

Para Nuestros Pacientes:

El mal uso de información de Salud Personal (ISP) se ha identificado como un problema nacional causando muchas inconveniencias a los pacientes. Nosotros queremos informales que todos nuestros empleados, supervisores, y doctores son continuamente entrenados para comprender y obedecer las reglas y normas del gobierno sobre HIPPA con énfasis en la Ley de Privacidad.

Nos esforzamos en alcanzar el nivel más alto de ética e integridad en nuestros servicios. Es nuestra política usar su ISP apropiadamente de acuerdo con las reglas gubernamentales, leyes, y normas. Nosotros queremos asegurarnos de que nuestra practica no contribuya al crecimiento nacional del uso incorrecto de información médica. Como parte de este plan nosotros hemos implementado un plan de conformidad que nos ayudara a prevenir el uso inapropiado de su ISP.

¡Reconocemos que no somos perfectos! Por este factor nuestra política incluye prestar atención a nuestros pacientes como a nuestros empleados sin represalias. Si cree que en algún momento se pudo haber comprometido la integridad de nuestra política no dude de dejarnos saber. Agradecemos cualquier información o sugerencia que tenga para resolver cualquier problema que surja.

¡Gracias por su preferencia!

1300 S Bryan Road, Ste. 104  
Mission, Tx 78572  
Tel: (956) 583 - 0004  
Fax: (956) 583 - 5790

500 S Bicentennial Blvd., Ste. 100-B  
McAllen, Tx 78501  
Tel: (956) 585-8700  
Fax: (956) 215-7511



www.optimumimaging.com

**AUTORIZACION PARA ENVIAR INFORMACION MEDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
First M Last

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Yo doy autorización a **OPTIMUM IMAGING CENTER** para enviar la siguiente información medica:

Nombre de doctor/oficina medica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Por favor de enviar lo siguiente:

- DXA  CT SCAN
- X-RAY  ULTRASONIDO
- MAMOGRAFIA  MRI

Esta autorización cubre cuidado del paciente desde \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Fecha Fecha

Propósito del envió:

- Atención Medica
- Seguro Medico
- Abogado
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por 120 días de la fecha de la firma. Este paciente puede revocar esta autorización por escrito antes de la fecha de la expiración.

Estoy de acuerdo que la fotocopia de esta autorización puede considerarse valida:

- Si  No

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

1300 S Bryan Road, Ste. 104  
Mission, Tx 78572  
Tel: (956) 583 - 0004  
Fax: (956) 583 - 5790

500 S Bicentennial Blvd., Ste. 100-B  
McAllen, Tx 78501  
Tel: (956) 585-8700  
Fax: (956) 215-7511



www.optimumimaging.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Nombre M Apellido

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Adicional: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\*\*Requerimos copia de su seguro médico y de una identificación de TX.

¿El paciente es alérgico a yodo?  Si  No  No Se Sabe

Medico Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia con quien nos contactamos? \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Qué parentesco? \_\_\_\_\_

Yo me hago responsable de pagar a **OPTIMUM IMAGING CENTER** por sus servicios profesionales. Yo entiendo que mi seguro médico es un beneficio, pero no es garantía de pago. Yo garantizo pagar por todos los servicios profesionales. Yo doy autorización a mi seguro médico de pagar directamente a **OPTIMUM IMAGING CENTER** por servicios médicos hechos en esta oficina. Yo doy autorización a **OPTIMUM IMAGING CENTER** de entregar copias de mi expediente médico a mi seguro médico.

La interpretación del Radiólogo se cobrará aparte al seguro médico: \_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Fecha

1300 S Bryan Road, Ste. 104  
Mission, Tx 78572  
Tel: (956) 583 - 0004  
Fax: (956) 583 - 5790

500 S Bicentennial Blvd., Ste. 100-B  
McAllen, Tx 78501  
Tel: (956) 585-8700  
Fax: (956) 215-7511



www.optimumimaging.com

## HIPPA

Lo que usted debe saber acerca de las practicas utilizadas por **OPTIMUM IMAGING CENTER** referente a la privacidad de su información y como podría ser usada o dada a conocer, y como usted podría tener acceso a esta información. Favor de revisar este aviso cuidadosamente.

Como su información podría ser utilizada:

- ❖ Nosotros damos a conocer su información con el personal de OPTIMUM. También puede incluirse a otros proveedores médicos, laboratorios, y personal encargado de pago como sea necesario y apropiado para su cuidado.
- ❖ Todo el personal de OPTIMUM está dedicado a proteger su privacidad.
- ❖ Nosotros en OPTIMUM intercambiamos información con otro personal fuera de esta oficina, únicamente si están involucrados en su cuidado médico.
- ❖ Ocasionamente compañías o individuos que OPTIMUM contrata para el manejo del negocio podrían tener acceso a su información.
- ❖ Todas las compañías que ocupamos o contratamos están dedicadas a su privacidad.
- ❖ En ocasiones no damos a conocer su información por que la ley nos lo impide.
- ❖ Intercambiamos su información para obtener el pago por los servicios brindados.

Sus derechos de información (OPTIMUM tiene el derecho de revisar su petición en cuanto a su información. Algunas veces no se podrá complacerle de acuerdo con su petición, PERO le proveeremos una explicación si eso sucede):

- ❖ Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de forma específica (por ejemplo, por teléfono).
- ❖ Usted tiene el derecho de pedir cambios o correcciones a su información.
- ❖ Usted tiene el derecho de pedir acceso a su información.
- ❖ Usted tiene el derecho de pedir que se excluya a alguien en particular y de que no tenga acceso a su información.
- ❖ Usted tiene el derecho de pedir cierta información que tengamos disponible.
- ❖ Usted tiene el derecho de someter quejas (por ejemplo, si está en desacuerdo de la manera de que manejamos su información).

Este es un resumen de nuestra Aviso de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor siéntase en confianza de discutir cualquier duda, pregunta, o pendiente en cuanto a su Información de Salud Personal (ISP) con cualquier miembro del equipo de Privacidad de OPTIMUM al 956-583-0004.

1300 S Bryan Road, Ste. 104  
Mission, Tx 78572  
Tel: (956) 583 - 0004  
Fax: (956) 583 - 5790

500 S Bicentennial Blvd., Ste. 100-B  
McAllen, Tx 78501  
Tel: (956) 585-8700  
Fax: (956) 215-7511