



Estimado paciente nuevo:

¡Bienvenido y gracias por elegir Capital Digestive Care!

El paquete adjunto contiene información importante para su próxima cita, así como también nuestros formularios de inscripción para pacientes nuevos. Para estar preparado(a) para su cita, revise esta información detenidamente y traiga la información solicitada el día de la cita.

**En su primera visita, es muy importante que traiga lo siguiente:**

- √ Formulario completo de Registro del paciente, el historial médico del paciente, y aviso firmado sobre las normas de privacidad (incluidos en este paquete)
- √ Tarjeta de seguro y carta de referencia, si es aplicable
- √ Identificación con fotografía (por ejemplo: licencia de conducir)
- √ Todos los últimos resultados de laboratorio (análisis de sangre) relacionados con su visita
- √ Todos los últimos resultados de radiología relacionados con su visita (por ejemplo: exámenes del tracto gastrointestinal superior, enema de bario, tomografía computarizada (CT scan) o resultados de ultrasonido)
- √ Una lista de sus medicamentos actuales con la dosis y la frecuencia con que los toma
- √ Para pacientes inscritos en planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) es posible que se exija una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP). Consulte con su seguro médico para verificar los requisitos del plan
- √ Copago (si aplica). Tenga en cuenta que el pago debe pagarse en el momento del servicio.

Si usted fue referido debido a un resultado anormal de laboratorio/radiología, es fundamental que tengamos con una copia de estos resultados para que podamos completar su consulta sin tener que repetir las pruebas.

**Si usted proporciona la información que se menciona en la lista anterior el día de su cita, podremos brindarle el servicio de una manera más rápida, precisa y eficiente.**

Gracias por permitirnos participar en su atención médica.

Esperamos verlo pronto.

\* Capital Digestive Care cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Información del paciente

Apellido del paciente:	Primer nombre del paciente:	Inicial:
Dirección del paciente:	Nombre preferido:	N.º de Seguro Social:
Ciudad:	Genero: masculino / femenino	Fecha de nacimiento:
Estado	Código Postal:	Edad:
Ocupación:	Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:
Estado civil:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:
Persona responsable de la factura:	Teléfono:	Marque con un círculo: Casa / móvil /trabajo
Contacto de emergencia:	Teléfono:	Marque con un círculo: Casa / móvil /trabajo
Médico que lo recomiendo:	Representante legal si el paciente es menor de edad o por otros motivos necesarios:	
Proveedor de cuidado primario (PCP):	Idioma preferido:	

#### **Cobertura de seguro médico primario:**

Nombre de la compañía de seguro:	Numero de póliza:
Teléfono de la aseguradora:	Numero de grupo:
Dirección para reclamos:	Numero del plan:
Ciudad, Estado, Código postal:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Nombre del suscriptor:	Relación del paciente con el suscriptor:
Genero del suscriptor    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Empleador del suscriptor

#### **Cobertura de seguro médico secundario:**

Nombre de la compañía de seguro:	Numero de póliza:
Teléfono de la aseguradora:	Numero de grupo:
Dirección para reclamos:	Numero del plan:
Ciudad, Estado, Código postal:	Fecha de nacimiento:
Nombre del suscriptor:	Relación del paciente con el suscriptor:
Genero del suscriptor:    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Empleador del suscriptor:

La información anterior es verdadera y correcta. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo que no esté cubierto por mi seguro. Pagaré los saldos adeudados dentro de los 20 días posteriores de recibir mi factura. En caso de que mi cuenta sea enviada a una agencia de colección por facturas no pagadas, seré responsable de cualquier costo en el que se haya incurrido.

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS  
CONFORME A LA CATEGORÍA DE FACTURACIÓN**

Durante el transcurso de su evaluación y tratamiento, los médicos y profesionales fuera de Capital Digestive Care pueden estar involucrados en su cuidado médico. Después de un procedimiento, como por ejemplo una endoscopia o colonoscopia, es común que se le facturen los servicios médicos, servicios de anestesia, servicios de patología (si se realizó una biopsia) y las tarifas del centro. **Cada entidad facturará por separado los servicios prestados.** Puede utilizar cualquier centro de atención médica o proveedor de su elección, sujeto a las restricciones de afiliación de su médico o a las restricciones que puedan existir conforme a su cobertura de seguro médico.

Los pacientes deben consultar con su proveedor de seguro médico en caso de tener preguntas o inquietudes sobre su cobertura.

**Organizaciones afiliadas a Capital Digestive Care:**

<b><u>Factura del médico</u></b>	<b><u>Factura del centro</u> <i>(una de las siguientes)</i></b>	<b><u>Factura de la anestesia</u> <i>(una de las siguientes)</i></b>	<b><u>Factura de patología</u></b>
CAPITAL DIGESTIVE CARE, LLC	AMBULATORY ENDOSCOPY CENTER OF MARYLAND	CORRIDOR ANESTHESIA, LLC	CAPITAL DIGESTIVE CARE PATHOLOGY LABORATORY, LLC
	BETHESDA ENDOSCOPY CENTER CHEVY CHASE ENDOSCOPY CENTER ENDOSCOPY CENTER OF WASHINGTON, D.C. ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE OF MARYLAND ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE OF MARYLAND – NORTH	CAPITAL ANESTHESIA PARTNERS, LLC	
	GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY ASSOCIATES, LLC (GIEA)	MONTGOMERY ANESTHESIA CARE, LLC	
	URBANA GI ENDOSCOPY CENTER	MARKED ANESTHESIA, LLC MARYLAND ANESTHESIA PARTNERS (MAP) MARCOS FALTAMO, CRNA PC	

1. Entiendo que las compañías mencionadas anteriormente divulgarán mi información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) sólo para fines de seguro y tratamiento. Consiento la divulgación de toda la PHI necesaria para el pago y tratamiento de mi problema de salud específico.
2. Por el presente, le cedo a usted, mi médico, todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho, incluido el plan Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de seguro.
3. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por dicha compañía de seguros, incluido cualquier deducible, copago y coseguro, y que los copagos se deben pagar al momento de recibir los servicios.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento



## **Autorización para divulgar información médica**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Capital Digestive Care se compromete a mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida. Las leyes federales y estatales garantizan la privacidad de su información personal y médica, su disponibilidad para usted y los derechos específicos relacionados con respecto a su información médica. Además de su autorización, podemos usar o divulgar su información médica conforme a la ley en determinadas circunstancias. Consulte nuestro aviso completo sobre prácticas de privacidad de HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico) para conocer todos los usos y divulgaciones generales posibles.

### **COMPRENDO MIS DERECHOS PARA:**

Revocar o modificar la siguiente autorización en cualquier momento. (Tenga en cuenta que la revocación no es efectiva en los casos en que la información ya haya sido divulgada, pero será efectivo desde el momento del aviso de revocación). También puedo inspeccionar o copiar mi información médica protegida para que se divulgue según lo descrito en el presente documento. Comprendo que si la parte receptora no está sujeta a las leyes de privacidad de la información médica, el receptor podrá volver a divulgar la información y ya no podrá estar protegida por la ley estatal o federal.

### **DIVULGACIÓN Y PETICIÓN DE LA INFORMACION MEDICA IMPRESA O ELECTRÓNICA:**

(Elija y escriba sus iniciales solo en **una** opción)

\_\_\_\_\_ NO autorizo la divulgación o petición de mi información médica protegida a ninguna persona/entidad o  
*Iniciales* mediante un mensaje dejado en un correo de voz.

\_\_\_\_\_ Autorizo a los médicos y al personal del consultorio a divulgar la información médica relacionada con las  
*Iniciales* citas, facturas de laboratorio u otra comunicación general con el paciente mediante el correo de voz en los siguientes números telefónicos:

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación o petición de la siguiente información médica protegida:

*Iniciales*

- Todos los reportes
- Notas de visitas al consultorio
- Reportes de patología
- Reportes de radiología
- Reportes de laboratorio
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Esta información se puede divulgar o publicar a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

La presente autorización expira el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (si no se especifica una fecha, el vencimiento automático será en un año que firmo esta autorización).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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



CAPITAL  
DIGESTIVE  
CARE™

*First In Digestive Health*



## **NOTIFICACIÓN DE COMUNICACION**

**Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Teléfono: (Particular)** \_\_\_\_\_ **(Móvil)** \_\_\_\_\_

Capital Digestive Care utiliza una cantidad de recursos diferentes con el propósito de contactarlo para proporcionarle información importante. Su privacidad es importante para nosotros y no compartiremos ni venderemos su información a ningún proveedor externo, excepto cuando así se requiera para fines legales o de cobro de deudas. A continuación, se mencionan ejemplos de algunos de los motivos por los que podemos necesitar contactarlo usando la información que recolectamos al momento de la inscripción (para los pacientes nuevos) o la que tenemos en nuestros archivos (para pacientes existentes), que puede incluir su dirección de correo electrónico, número de teléfono particular o móvil.

- **Acceso al portal del paciente:** Recibirá un correo electrónico con un número personal de identificación que necesitará para crear su portal del paciente. Al crear su portal, podrá actualizar la información personal antes o después de la cita, ver ciertos resultados de los exámenes y enviar mensajes al médico o al consultorio del médico.
- **Anuncios de prácticas:** Estas pueden incluir anuncios de nuevos médicos o proveedores o avisos de jubilación/reubicación de proveedores.
- **Recordatorios de las citas:** Estos pueden incluir información con respecto a una cita programada o a la que no asistió, y pueden hacerse mediante un correo electrónico, una llamada al teléfono de su casa, al móvil o por mensaje de texto.
- **Educación del paciente:** Esta podrá incluir aplicaciones de video destinadas a brindar la información necesaria sobre un procedimiento programado. Capital Digestive Care le enviará información sobre los nuevos tratamientos o ensayos de investigación clínica, avisos de seminarios educativos sobre temas específicos de la salud digestiva u otra información relevante.
- **Mejoras en el servicio al cliente:** Siempre evaluamos las aplicaciones para mejorar el servicio que le brindamos. A medida que las aplicaciones estén disponibles, usted recibirá un aviso o una invitación para registrarse.
- **Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP, por sus siglas en inglés):** Hemos decidido participar en un intercambio regional de información médica para el servicio de Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, en este intercambio se compartirá su información médica para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de atención médica, y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Usted podrá "optar por no participar" e impedir el acceso a su información médica disponible por medio de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión a CRISP por correo postal, fax o mediante su sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org). Los informes de salud pública y la información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de monitoreo de medicamentos recetados de Maryland (PDMP, por sus siglas en inglés), seguirán estando disponibles para los proveedores.
- **Actividad de agencias de colección/cobros:** Si su factura no es pagada o esta vencida, Capital Digestive Care puede utilizar los servicios de una agencia de colección externa para recuperar cualquier saldo pendiente en su cuenta. Podrá solicitar la eliminación de su número de teléfono móvil para este fin presentando una notificación por escrito a Capital Digestive Care, a la atención de: Billing Manager, 12510 Prosperity Drive, Suite 200, Silver Spring, MD 20904.

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

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

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

El presente aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo con atención. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso si lo solicita

### **Información médica del paciente**

Conforme a la ley federal, la información médica del paciente está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información médica también incluye información sobre pagos, facturación y seguro.

**Cómo utilizamos la información médica del paciente:** utilizamos su información médica para el tratamiento, para obtener el pago y para las operaciones de atención médica, que incluyen los fines administrativos y la evaluación de la calidad de la atención que recibe. En algunas circunstancias, podrán solicitarnos que usemos o divulguemos la información, incluso sin su permiso.

### **Ejemplo de tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

**Tratamiento:** utilizaremos y divulgaremos su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento la registrarán y utilizarán para determinar el curso de atención más adecuado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a los farmacéuticos que despachen sus recetas y a los familiares autorizados que colaboren con su cuidado.

**Pago:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica por motivos relacionados con los pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener autorización de su compañía de seguros antes de brindar ciertos tipos de tratamiento. Presentaremos las facturas y mantendremos los registros de los pagos de su plan de salud.

**Operaciones de atención médica:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica para en relación con nuestras operaciones de cuidado de salud, que incluyen la administración adecuada de los expedientes, la evaluación de la calidad del tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares.

### **Usos especiales**

Podremos utilizar su información para contactarlo con recordatorios de citas. También podremos contactarlo para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar. Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero tiene el derecho de negarse a recibir dichas comunicaciones.

Participamos en el Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP, por sus siglas en inglés), un sistema regional de intercambio de información médica al servicio de Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, en este intercambio se compartirá su información médica para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de atención médica, y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Consulte nuestro formulario de notificación de comunicación si prefiere rechazar este programa.

### **Otros usos y divulgaciones**

Podemos usar o divulgar su información médica identificable por otros motivos, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, podemos brindar información médica, sin su permiso, para los siguientes propósitos:

**Exigidos por ley:** Podrán solicitarnos que informemos heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones y hechos similares.

**Investigación:** Podremos utilizar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas.

**Actividades de salud pública:** Según lo que exige la ley, podremos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada para retirar del mercado productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.

**Supervisión de la salud:** Podrán solicitarnos que divulguemos información para colaborar con investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

**Procedimientos administrativos y judiciales:** Podemos divulgar información en respuesta a una citación u orden judicial adecuadas.

**Fines de aplicación de la ley:** Sujeto a ciertas restricciones, podremos divulgar la información requerida por los funcionarios del orden público.

**Muertes:** Podemos informar datos relacionados con la muerte a forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos.

**Amenaza grave para la salud o seguridad:** Podemos utilizar y divulgar información cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público u otra persona.

**Funciones gubernamentales especiales y militares:** Si es miembro de las fuerzas armadas, podremos divulgar información según lo requieran las autoridades del comando militar. También podremos divulgar información a instituciones correccionales o por motivos de seguridad nacional.

**Indemnización laboral:** Podemos divulgar información sobre usted para la indemnización laboral o programas similares que brinden beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

**Asociados Comerciales:** Podemos divulgar su información médica con asociados comerciales con los que hayamos celebrado un contrato para brindar los servicios acordados.

No participamos de la venta de su información médica; sin embargo, en caso de hacerlo, obtendremos su autorización por escrito antes de que podamos venderla. En todas las demás situaciones, incluidas las actividades de comercialización, le solicitaremos autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica identificable sobre usted. Si decide firmar una autorización para divulgar información, luego puede revocarla para detener cualquier uso o divulgación futuros.

### **Derechos individuales**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Comuníquese con el oficial de privacidad para obtener el formulario adecuado para ejercer estos derechos.

**Solicitud de restricciones:** Podrá solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Tiene el derecho de restringir la divulgación de la información médica a su plan de salud para fines de pago y operaciones de atención médica (y no para el tratamiento) si la divulgación corresponde a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted pagó de su bolsillo en su totalidad. Si solicita una restricción para un artículo o servicio de atención médica por el cual usted pagó de su bolsillo en su totalidad, respetaremos la solicitud, a menos que la divulgación sea necesaria para el tratamiento o la ley lo exija. Para todas las otras solicitudes de restricción, no tenemos la obligación de aceptar dichas restricciones.

**Comunicación confidencial:** Nos podrá pedir que le comuniquemos su información de salud de una manera confidencial, por ejemplo, enviando avisos a una dirección alternativa o no utilizar tarjetas postales para recordarle sus citas. **Revisión y obtención de copias:** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su información médica. Se podrá aplicar una tarifa administrativa.

**Modificar la información:** Si cree que la información en su expediente es incorrecta o que falta información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o que agreguemos los datos que faltan.

**Rendición de cuentas o divulgaciones:** Podrá solicitar una lista de casos en los que hayamos divulgado su información médica por motivos que no se relacionan con el pago del tratamiento o las opciones de atención médica.

**Notificación por violación a su información:** Estamos obligados a notificarlo en caso de una violación a su información médica protegida no segura y lo haremos debidamente.

### **Nuestro deber jurídico**

Por ley, debemos proteger y mantener la privacidad de su información médica, brindarle este aviso sobre nuestros deberes jurídicos y prácticas de privacidad relacionadas con la información médica protegida y acatar los términos de la notificación que actualmente están en vigencia.

### **Cambios en las prácticas de privacidad**

Podemos cambiar nuestros términos de este aviso en cualquier momento. Antes de realizar un cambio importante a este aviso, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo en la sala de espera. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación.

### **Quejas**

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus expedientes, podrá comunicarse con la persona que se indica a continuación. También podrá enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. La persona que se indica a continuación le proporcionará la dirección correspondiente si la solicita. No sufrirá ninguna sanción por presentar una queja.

### **Persona de contacto**

Si tiene alguna pregunta, solicitud o queja, comuníquese con:

Capital Digestive Care  
a la atención de: Oficial de privacidad  
12510 Prosperity Drive, Suite 200  
Silver Spring, MD 20904

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), reconozco haber recibido el Aviso De Prácticas De Privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_

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

En caso de no firmar, razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento:

Testigo del personal de oficina que busca reconocimiento:  
(Staff witness seeking acknowledgment)

Firma: \_\_\_\_\_  
(Signature)

Fecha: \_\_\_\_\_  
(Date)

Revisado en abril de 2017

