

Hoja informativa para el médico de atención primaria y encargado de las remisiones

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	_____ / _____ / _____ <i>dd mm aaaa</i>
Fecha de la cita			
Finalidad de este formulario	Para garantizar la continuidad adecuada de la atención, proporcionaremos a su médico de atención primaria y encargado de las remisiones una copia de las notas de evolución durante todo el tiempo que dure su participación en el ensayo clínico en Mary Crowley. También solicitaremos sus registros a los médicos que usted nombre a continuación.		
Instrucciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indique el nombre, la especialidad, el teléfono y el número de fax de cada uno de sus médicos. Solo las personas que usted indique recibirán una copia de las notas de evolución. 2. Indique "Ninguno" si no tiene un médico de atención primaria o encargado de las remisiones. Si lo hace, se le puede proporcionar la remisión a un médico de atención primaria. Consulte esta opción con uno de los miembros de nuestro equipo. Mary Crowley no proporciona cuidados a largo plazo una vez que haya finalizado su participación en el ensayo clínico. 3. Firme al final de esta hoja para confirmar que la información facilitada es completa y exacta. 		

Información sobre el médico encargado de las remisiones y el oncólogo principal

Nombre del médico	Tipo	Especialidad	Número de teléfono	Número de fax
	<input type="checkbox"/> Encargado de las remisiones <input type="checkbox"/> Atención primaria			
	<input type="checkbox"/> Encargado de las remisiones <input type="checkbox"/> Atención primaria			

Autorizo a Mary Crowley a mantener informados a los médicos arriba indicados sobre mi participación en el ensayo clínico.
 No autorizo a Mary Crowley a mantener informados a los siguientes médicos sobre mi participación en el ensayo clínico.

Díganos cómo nos conoció (marque una opción):

<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Amigo o familiar	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Oncólogo principal
<input type="checkbox"/> Médico: Teléfono _____ Fax _____			<input type="checkbox"/> Otro medio: Enumerar: _____		

Firma del paciente

Fecha (dd/mm/aaaa)

Fecha de hoy			
Nombre			
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____ <i>dd mm aaaa</i>	Edad	
<p>Responder a las preguntas que figuran a continuación nos permite atenderlo mejor. Las respuestas a estas preguntas no afectarán su atención en Mary Crowley. Mary Crowley puede proporcionar un traductor si un cuidador no puede estar con usted durante sus visitas. La información que se le facilite estará en un idioma que usted comprenda.</p>			
Lengua materna	Lengua materna: _____ ¿Lee o escribe en su lengua materna? Sí. No. ¿Alguien le ayuda a completar este formulario? Sí: ¿Quién le ayuda? _____ No: Lo completo yo mismo. ¿Habla inglés? Sí. No. ¿Escribe en inglés? Sí. No. ¿Lee en inglés? Sí. No. ¿Es capaz de entender el inglés sin ayuda de un cuidador o un traductor? Sí. No.		
Origen racial principal	<input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico		
Etnia principal	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana		
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer trans (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Varón trans (mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Género fluido <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> No definido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No disponible		
N.º de teléfono preferido			
N.º de teléfono alternativo			
Dirección de correo electrónico			
¿Podemos dejar mensajes en los números indicados arriba? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.			

Formulario de registro del paciente (Parte 1)

Fecha	
Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	

¿Cuál es el mejor método para ponerse en contacto con usted? Teléfono Correo electrónico
 ¿Le parece bien que le dejemos un mensaje detallado? Sí. No.
 ¿Le parece bien que le enviemos un correo electrónico con información personal? Sí. No.
 ** Nota: Su información de contacto no se utilizará para fines no solicitados**.

Contacto de emergencia 1

Nombre		Vínculo	
Teléfono			

Contacto de emergencia 2

Nombre		Vínculo	
Teléfono			

Centros de tratamiento anteriores y médicos asociados con las consultas, el tratamiento o los cuidados de seguimiento de su cáncer y cualquier otro médico al que acuda regularmente:

1. Oncólogo principal:	Fecha:	
2.	Fecha:	
3.	Fecha:	
4.	Fecha:	

Antecedentes familiares relacionados con el cáncer: Adoptado

Familiares	Tipo de cáncer	¿Falleció? Si es así, ¿cuándo?

Formulario de registro del paciente (Parte 1)

Fecha	
Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	

Visión y audición:		
¿Tiene algún problema de audición? <input type="checkbox"/> Es sordo y usa lenguaje de señas. <input type="checkbox"/> Usa audífono. <input type="checkbox"/> Tiene implante coclear. <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores.	¿Tiene alguna discapacidad visual que requiera corrección? <input type="checkbox"/> Es ciego y usa braille. <input type="checkbox"/> Usa anteojos. <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto. <input type="checkbox"/> Tiene cataratas. <input type="checkbox"/> Tiene glaucoma. <input type="checkbox"/> Le practicaron cirugía correctiva (Lasik). <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores.	
Antecedentes reproductivos/sexuales:		
¿Tiene hijos?	<input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> No.	
Cantidad de partos _____	¿Es sexualmente activo/a? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	
¿Qué método anticonceptivo utiliza actualmente, si es que utiliza alguno?		
Antecedentes sociales:		
¿Fuma o ha fumado alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No (saltar el resto de esta sección).	Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuánto tiempo ha fumado o fumó?	_____ Años
	Si dejó de fumar: ¿cuándo lo hizo?	_____ (Año)
	¿Qué fumaba y qué cantidad al día? <input type="checkbox"/> Cigarrillos: _____ atados por día. <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos: _____ por semana. <input type="checkbox"/> Cigarros: _____ por día. <input type="checkbox"/> Pipa: _____ por día.	
¿Toma alguna bebida alcohólica? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No (saltar el resto de esta sección).	¿Qué bebe?	
	¿Cuánto bebe en promedio?	
¿Consume drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No (saltar el resto de esta sección).	¿Qué drogas consume?	
	¿Qué cantidad de drogas consume en promedio?	
¿Tuvo COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No (saltar el resto de esta sección).	Si la respuesta es "Sí", especifique las fechas:	
¿Se vacunó contra la COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No (saltar el resto de esta sección).	Fabricante:	
	Fechas de vacunación:	

Formulario de registro del paciente (Parte 1)

Fecha	
Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	

¿Recibió un refuerzo de la vacuna contra la COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No <i>(saltar el resto de esta sección).</i>	Fabricante: Fechas de vacunación:	
Mary Crowley trabajará con su sistema de apoyo en su atención durante un juicio.		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a. <input type="checkbox"/> Casado/a. <input type="checkbox"/> Separado/a. <input type="checkbox"/> Divorciado/a. <input type="checkbox"/> Viudo/a. <input type="checkbox"/> En pareja.	
Sistema de apoyo	<input type="checkbox"/> Uno mismo. <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja. <input type="checkbox"/> Hijo/a. <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos. <input type="checkbox"/> Atención de salud en el hogar	
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	¿Qué tipo de trabajo hace o hacía?	
	¿Su trabajo limita su disponibilidad para las citas? <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "Sí", explique. <input type="checkbox"/> No.	
Otro:		

Información de su farmacia

Nombre de la farmacia	
Número de la farmacia	

Formulario de registro del paciente (Parte 1)

Fecha	
Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	

Alergias a medicamentos:

Nombre del fármaco	¿Qué ocurre cuando toma este medicamento?	Fecha de inicio

Su lista de medicamentos

Complete lo siguiente o adjunte una lista de medicamentos.

Nombre del fármaco	Dosis	Frecuencia	Indicación/motivo	Fecha de inicio

Formulario de registro del paciente (Parte 1)

Fecha	
Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	

Nombre del fármaco	Dosis	Frecuencia	Indicación/motivo	Fecha de inicio

Formulario de registro del paciente (Parte 2)

Revisión de los síntomas NO CARGAR EN IKM

Instrucciones para el paciente:

Compruebe si padece alguna de las siguientes afecciones.

Nombre del paciente	
Fecha	

Sistemas corporales	Marque todo lo que corresponda:		Comentarios del proveedor
General/Constitución	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso. <input type="checkbox"/> Aumento de peso. <input type="checkbox"/> Fiebre. <input type="checkbox"/> Escalofríos. <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna.	<input type="checkbox"/> Nivel de energía normal. <input type="checkbox"/> Cansancio. <input type="checkbox"/> Dolor. <input type="checkbox"/> Cambio en el nivel de actividades.	
Piel	<input type="checkbox"/> Sarpullido. <input type="checkbox"/> Nódulos. <input type="checkbox"/> Picazón en la piel.	<input type="checkbox"/> Herida o lesión. <input type="checkbox"/> Bulto.	
Examen de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta (HEENT):	<input type="checkbox"/> Visión doble. <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión. <input type="checkbox"/> Punto ciego en la visión. <input type="checkbox"/> Conjuntivitis u ojos rojos. <input type="checkbox"/> Visión disminuida. <input type="checkbox"/> Cambios visuales. <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal. <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar. <input type="checkbox"/> Ronquera. <input type="checkbox"/> Úlceras bucales.	<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías. <input type="checkbox"/> Sequedad en la boca. <input type="checkbox"/> Dolor de garganta. <input type="checkbox"/> Goteo nasal. <input type="checkbox"/> Dolor en la boca. <input type="checkbox"/> Dolor sinusal. <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos. <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> Cambios en la audición.	
Pecho/Pulmones:	<input type="checkbox"/> Tos. <input type="checkbox"/> Tos con mucosidad sanguinolenta. <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar.	<input type="checkbox"/> Respiración sibilante. <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al respirar profundamente.	
Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho. <input type="checkbox"/> Palpitaciones. <input type="checkbox"/> Falta de aliento.	<input type="checkbox"/> Hinchazón en los brazos. <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas.	
Sistema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal. <input type="checkbox"/> Calambres abdominales. <input type="checkbox"/> Náuseas. <input type="checkbox"/> Vómitos. <input type="checkbox"/> Vómitos con sangre. <input type="checkbox"/> Estreñimiento. <input type="checkbox"/> Diarrea.	<input type="checkbox"/> Sangre en las heces. <input type="checkbox"/> Heces alquitranadas. <input type="checkbox"/> Piel/ojos amarillos. <input type="checkbox"/> Acidez gástrica. <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar. <input type="checkbox"/> Falta de apetito. <input type="checkbox"/> Sed excesiva.	

Evaluación del dolor

Sistemas corporales	Marque todo lo que corresponda:		Comentarios del proveedor
Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar. <input type="checkbox"/> Sangre en la orina. <input type="checkbox"/> Necesidad de orinar por la noche.	<input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar la micción. <input type="checkbox"/> Micción frecuente.	
Sistema neurológico	<input type="checkbox"/> Confusión. <input type="checkbox"/> Convulsiones. <input type="checkbox"/> Desmayos. <input type="checkbox"/> Temblor. <input type="checkbox"/> Cambio en el habla. <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza. <input type="checkbox"/> Hipo. <input type="checkbox"/> Debilidad.	<input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> Migrañas. <input type="checkbox"/> Entumecimiento. <input type="checkbox"/> Hormigueo. <input type="checkbox"/> Cambios en la coordinación o el equilibrio. <input type="checkbox"/> Inestabilidad que provoque caídas.	
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Dolores musculares. <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas.	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento de las articulaciones. <input type="checkbox"/> Dolor de espalda.	
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de los ganglios linfáticos.		
Sistema endócrino	<input type="checkbox"/> Sofocos.	<input type="checkbox"/> Sensación de frío.	
Alergias/Sistema inmunológico	<input type="checkbox"/> Eccema: piel enrojecida o con picor. <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias frecuentes.	<input type="checkbox"/> Urticaria. <input type="checkbox"/> Infecciones cutáneas frecuentes.	
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Depresión. <input type="checkbox"/> Ansiedad.	<input type="checkbox"/> Cambio en la concentración. <input type="checkbox"/> Cambio en el sueño.	
Otras notas:			

Evaluación del dolor ¿Cómo calificaría su dolor en una escala de 0 a 10?



Localización del dolor		Comentarios del proveedor
¿Qué lo mejora?		
¿Qué lo empeora?		

Cuestionario sobre actividades diarias

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Conducta sedentaria (actividades sedentarias: mirar televisión, usar la computadora, hablar por teléfono, leer)

- 1 La mayor parte del día
- 2 La mitad del día
- 3 Parte del día
- 4 Casi nunca

Actividades de la vida cotidiana (asearse, bañarse, comer)

- 1 Necesita ayuda para realizarlas
- 2 Las realiza con dificultad
- 3 Las realiza con poca dificultad
- 4 Las realiza sin dificultad

Lavado de ropa

- 1 No puede lavar la ropa
- 2 Lava la ropa a veces
- 3 Lava la ropa en pequeños pasos o con ayuda
- 4 Lava la ropa con ayuda

Cocina

- 1 No puede preparar comidas
- 2 Compra comida para llevar, o prepara desayunos o almuerzos simples
- 3 Prepara comidas simples en el microondas u olla de cocción lenta
- 4 No tiene dificultad para cocinar, prepara comidas periódicas

Limpieza de la casa, el césped y el jardín

- 1 No puede limpiar
- 2 Quita el polvo y ordena
- 3 Limpia de manera periódica en pequeños pasos o con ayuda
- 4 No tiene dificultad para limpiar

Hacer las compras de comestibles

- 1 No puede hacerlo
- 2 Lo hace ocasionalmente (una o dos veces al mes)
- 3 Lo hace con frecuencia, pero necesita ayuda
- 4 Lo hace sin dificultad

Actividades sociales (iglesia, templo, reunirse con familiares y amigos)

- 1 Ya no puede hacerlo
- 2 Lo hace ocasionalmente (una o dos veces al mes)
- 3 Lo hace con frecuencia, pero necesita ayuda
- 4 Lo hace sin dificultad

Conducir

- 1 No puede hacerlo
- 2 Tiene muchas limitaciones
- 3 Hace viajes locales con precaución
- 4 Hace viajes largos o con tráfico

Recados o tareas sencillas (ir a la oficina de correos, ir a dejar a un hijo)

- 1 Ninguno
- 2 Uno por día
- 3 Dos a tres por día
- 4 Tiene pocas restricciones o ninguna restricción

Cuestionario de planificación e instrucciones anticipadas de la atención de salud

Nombre del paciente:	
----------------------	--

La planificación anticipada de la atención de salud es un proceso que ayuda a las personas a informarse sobre los tipos de decisiones relacionadas con la atención de salud que podrían ser necesarias en caso de que no puedan participar directamente en su atención. Este proceso permite a las personas considerar esas decisiones con antelación; comunicarlas y compartirlas con la familia, los proveedores y otras personas según sea necesario; y documentar sus decisiones con instrucciones anticipadas. Cada cierto tiempo, una persona puede revisar estos documentos para asegurarse de que las instrucciones anticipadas reflejan adecuadamente sus deseos.

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que **solo** entran en vigor si una persona está incapacitada y no puede hablar por sí misma. Esto puede deberse a una enfermedad o a una lesión grave, independientemente de la edad de la persona. Ayudan a los demás a saber qué tipo de atención médica ha determinado la persona que es mejor para ella. También permite a la persona expresar sus valores y deseos en relación con la atención al final de la vida. Un documento de instrucciones anticipadas, ya sea un poder notarial médico, instrucciones para los médicos (a veces denominadas "testamento vital") u otras órdenes, es un documento vivo, que puede modificarse a medida que cambie la situación debido a nueva información o a un cambio en la salud.

A Mary Crowley le gustaría saber más acerca de su planificación e instrucciones anticipadas de atención para garantizar que nuestros proveedores y equipo clínico estén al tanto de sus deseos y para ayudar a proporcionarle información relacionada con este tema, según sea necesario. Entendemos que este tema es difícil para muchos pacientes y, si no desea completar este cuestionario o facilitar más información, lo entenderemos.

Instrucciones: Marque la casilla correspondiente para completar las siguientes preguntas:

Pregunta	Respuesta
1. ¿Tiene un poder notarial médico?	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
2. ¿Tiene un testamento vital?	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
3. Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es "Sí", ¿puede llevar una copia de los documentos a Mary Crowley para que se los incluya en su expediente médico?	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
4. ¿Quién ha decidido que tomará las decisiones médicas por usted cuando usted no pueda hacerlo?	Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____
5. ¿Quiere saber más sobre este tema? Nuestro trabajador social le proporcionará documentos informativos para que los revise.	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.

Solicitud de divulgación de información de los expedientes médicos

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
----------------------------	--	----------------------------	--

El paciente antes mencionado ha sido derivado al Mary Crowley Cancer Research. Envíe los expedientes médicos seleccionados al lugar que se indica a continuación.

- Todo el expediente médico.
- Todos los informes de consulta y progreso.
- Todos los registros de radiación (incluidos los diagramas de flujo).
- Todos los informes de tomografía computarizada (CT), radiografía, resonancia magnética (MRI) y escanografía ósea junto con un CD (o envíe solo las placas si no dispone de CD).
- Informes de laboratorio de los últimos 3 meses.
- Todos los informes de patología.
- Todos los registros de tratamientos anteriores y actuales (p. ej., registro de infusiones de quimioterapia/hojas de flujo).
- Lista completa de medicamentos, incluidos los suplementos.
- Otro:

Dirección postal e información de contacto	<input checked="" type="checkbox"/> 7777 Forest Lane, Building C 707 Dallas, TX 75230 (Tel.) 972-566-3000 - (Fax) 972-566-3099
--	--

Gracias por su ayuda.

Firma del paciente:	
Fecha:	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre, 2022

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

En Mary Crowley Cancer Research, creemos que su información de salud es personal. Llevamos registro de la atención y de los servicios que recibe en nuestros centros. Hemos asumido el compromiso de mantener la confidencialidad de su información de salud, y la ley nos obliga a respetar su confidencialidad.

En este aviso, se describen las prácticas de privacidad de Mary Crowley Cancer Research (Mary Crowley). Este aviso se aplica a todos los expedientes médicos que permiten identificar su identidad y la atención que recibe en Mary Crowley. Tenemos la obligación legal de entregarle este aviso y de seguir los términos del aviso que actualmente esté vigente.

Usted tiene derecho a elegir en cualquier momento a una persona para que actúe en su nombre. Si tiene menos de 18 años, su padre, madre o tutor debe firmar en su nombre y gestionar sus derechos de privacidad en su representación.

La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida, y le notificaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda comprometer este deber. Los médicos y otros cuidadores que trabajan en Mary Crowley, pero que no son empleados de dicho centro, intercambian información sobre usted en carácter de paciente con empleados de Mary Crowley. Es posible que estos profesionales de la salud también le brinden otros avisos de privacidad en los que se describan las prácticas de sus consultorios.

Es posible que este personal médico y los cuidadores compartan su información de salud entre sí por motivos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según se describe a continuación.

CÓMO MARY CROWLEY PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cuando usted sea paciente de Mary Crowley, utilizaremos su información de salud dentro de Mary Crowley y la divulgaremos fuera de dicho centro por los motivos que se describen en este aviso. En las siguientes categorías, se describen algunas de las formas en las que utilizaremos y divulgaremos su información de salud.

Tratamiento. Utilizamos su información de salud para brindarle servicios de atención médica. Es posible que divulguemos su información de salud a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina o enfermería u otras personas de Mary Crowley que necesiten esa información para cuidar de usted. Por ejemplo, es posible que un médico que le está brindando tratamiento porque se fracturó la pierna deba preguntarle a otro médico si usted tiene diabetes, ya que dicha enfermedad puede retrasar el proceso de cicatrización de la pierna. Esto puede implicar hablar con médicos y otras personas que no sean empleados de Mary Crowley. Es posible que también divulguemos su información de salud a personas ajenas a Mary Crowley que puedan participar de su atención médica, por ejemplo, los médicos que le brindan tratamiento, los proveedores de atención domiciliaria, las farmacias, los expertos en dispositivos médicos o farmacológicos y la familia.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre, 2022

Pago. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para que se pueda facturar la atención médica que recibe, y usted, su compañía de seguros u otro tercero puedan pagarla. Por ejemplo, podemos brindarle información sobre una cirugía que se realizó aquí a su plan médico para que este nos pague o le reembolse el costo de la cirugía. También podemos brindarle información a su plan médico sobre un tratamiento que usted va a recibir para que podamos obtener la aprobación previa del pago, o bien saber si su plan pagará el tratamiento.

Operaciones de atención médica. Es posible que utilicemos y divulguemos su información de salud fuera de Mary Crowley para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones nos ayudan a dirigir Mary Crowley a fin de mantener y mejorar la atención que ofrecemos a los pacientes. Por ejemplo, es posible que utilicemos su información de salud para revisar la atención que recibió y evaluar el desempeño del personal que se la brindó.

También es posible que combinemos la información de salud de varios pacientes a fin de identificar servicios nuevos que podríamos ofrecer, servicios que ya no son necesarios y si determinadas terapias son efectivas. También es posible que divulguemos información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas de Mary Crowley, con fines de aprendizaje y mejora de la calidad. Es posible que eliminemos la información que permita identificarlo, de modo que las personas externas a Mary Crowley puedan estudiar sus datos médicos, pero sin conocer su identidad.

Comunicaciones. Es posible que utilicemos y divulguemos su información de salud para comunicarnos con usted en relación con citas y otros asuntos. La comunicación podrá ser por correo postal, teléfono o correo electrónico. Por ejemplo, es posible que le dejemos mensajes de voz en el número de teléfono que nos proporcionó y que le respondamos a su dirección de correo electrónico.

Servicios relacionados con la salud. Es posible que utilicemos y divulguemos su información de salud para enviarle correos sobre productos y servicios relacionados con la salud disponibles en Mary Crowley.

Apoyo filantrópico. Es posible que utilicemos su información demográfica general, como su nombre, dirección y número de teléfono, y las fechas en las que recibió nuestros servicios para comunicarnos con usted, a fin de recaudar fondos para apoyar a Mary Crowley y sus operaciones. Si no desea que el personal del consultorio o a cargo de la recaudación de fondos se comunique con usted con este propósito, infórmele a su principal punto de contacto del ensayo clínico, o bien envíe un correo electrónico a privacy@marycrowley.org.

Investigación médica. Realizamos investigaciones médicas. Nuestros investigadores clínicos pueden analizar sus expedientes médicos como parte de su atención actual, o bien para preparar o realizar una investigación. Es posible que compartan su información de salud con otros investigadores de Mary Crowley. Todas las investigaciones en pacientes realizadas en Mary Crowley son sometidas a un proceso especial exigido por la ley, en el que se revisan las protecciones de los pacientes que participan en una investigación, incluida la privacidad. No utilizaremos su información de salud ni la divulgaremos fuera de Mary Crowley para fines de investigación sin su aprobación previa por escrito o sin antes determinar que su privacidad está protegida.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre, 2022

Asuntos legales. Divulgaremos su información de salud fuera de Mary Crowley cuando la ley federal, estatal o local así lo exija, o bien cuando esto sea requerido en virtud de un proceso judicial. Es posible que divulguemos su información de salud por motivos de salud pública, por ejemplo, para informar nacimientos, defunciones, casos de abuso o abandono infantil, reacciones a los medicamentos o problemas con productos médicos. Es posible que divulguemos información de salud para ayudar a controlar la propagación de una enfermedad o para informar a una persona cuya salud o seguridad puedan verse amenazadas. Es posible que divulguemos información de salud a una agencia de supervisión sanitaria en relación con actividades autorizadas por la ley, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias.

AUTORIZACIONES PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Como se describió anteriormente, utilizaremos y divulgaremos su información de salud fuera de Mary Crowley con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cuando la ley lo permita o lo exija. Utilizaremos o compartiremos su información de salud para abordar las cuestiones relacionadas con los reclamos en materia de indemnización por accidentes laborales, para cumplir con la ley o para responder a demandas u otras acciones legales. También compartiremos su información de salud con organizaciones a cargo de la obtención de órganos y con el juez de instrucción, médico forense o director del servicio fúnebre en caso de fallecimiento. Para obtener más información, ingrese en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html. No estamos autorizados a divulgar información genética sin su consentimiento por escrito. Estamos autorizados a divulgar información relacionada con el VIH/SIDA y con los casos de abuso infantil o de adultos solo (1) en determinadas situaciones limitadas o (2) a destinatarios específicos. No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud por *otros* motivos sin su autorización por escrito. Por ejemplo, tal vez usted quiera que divulguemos información médica a su empleador o a la escuela de su hijo. Estos tipos de usos y divulgaciones de su información de salud solo se realizarán con su autorización por escrito. Si bien usted puede revocar la autorización en cualquier momento, por escrito, no podemos dejar sin efecto los usos y las divulgaciones de su información de salud que ya hayamos realizado con su autorización.

No podemos utilizar, divulgar ni vender su información de salud protegida con fines de comercialización sin su permiso. Si usted lo solicita por escrito, retiraremos su nombre de las listas de contactos de Mary Crowley.

SUS DERECHOS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Derecho a explicación. Puede solicitar una explicación, es decir, una lista de las entidades o las personas (además de usted) a quienes Mary Crowley ha divulgado su información de salud sin su autorización por escrito.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre, 2022

La explicación no incluirá las divulgaciones por motivos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y determinadas otras divulgaciones que la ley exima. La solicitud de la explicación debe realizarse por escrito y debe incluir su firma y la fecha. En ella, deben incluirse el período para el que solicita conocer las divulgaciones y el centro de Mary Crowley que lleva los expedientes correspondientes. No incluiremos las divulgaciones efectuadas más de 6 años antes de su solicitud. En la solicitud, debe indicar el formato en el que desea recibir la lista (por ejemplo, en forma impresa o electrónica). Debe presentar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos de Mary Crowley. Le responderemos en el plazo de 60 días.

Le entregaremos la primera lista sin cargo para cualquier período de 12 meses, pero las demás explicaciones que solicite dentro del mismo período de 12 meses tendrán cargo.

Derecho a que se efectúen modificaciones. Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos sus expedientes médicos. Dicha solicitud debe realizarse por escrito y debe incluir su firma y la fecha. En ella, deben especificarse los expedientes que desea que modifiquemos, el centro de Mary Crowley que tiene dichos expedientes y el motivo de su solicitud. Debe dirigir la solicitud al representante de privacidad de Mary Crowley a cargo de los expedientes que desea modificar. Mary Crowley le responderá en un plazo de 60 días. Podemos rechazar su solicitud; en dicho caso, le informaremos el motivo y le indicaremos las opciones que tiene a su disposición.

Derecho a inspeccionar y a obtener una copia. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de sus expedientes médicos completos, salvo que su médico considere que la divulgación de dicha información podría ocasionarle un daño. No podrá ver ni obtener una copia de la información recopilada para un proceso legal ni determinados expedientes de una investigación mientras esta esté en curso. Pregúntenos cómo hacerlo. Es posible que le cobremos por procesar su solicitud. Le responderemos en el plazo de 15 días a partir de la fecha de su solicitud por escrito. Si Mary Crowley rechaza su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de los expedientes, podrá apelar la decisión ante Mary Crowley.

Derecho a elegir a una persona para que actúe en su nombre. Si usted le otorgó un poder notarial para asuntos médicos a una persona o si tiene un tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Antes de tomar alguna medida, nos aseguraremos de que dicha persona esté facultada para tal fin y que pueda actuar en su nombre.

Derecho a solicitar restricciones. Si bien tiene derecho a solicitarnos que limitemos los usos o las divulgaciones de su información de salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, no estamos obligados a aceptar dicho pedido. Si usted paga un servicio o un artículo de atención médica íntegramente de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos dicha información con fines de pago o para llevar a cabo nuestras operaciones con su compañía de seguro médico. Accederemos a su pedido, salvo que la ley nos obligue a compartir dicha información.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre, 2022

También puede solicitarnos que limitemos el uso o la divulgación de determinada información de salud respecto de alguien que participa en su atención o en el pago de ella, por ejemplo, un familiar o amigo. Nuevamente, no tenemos la obligación de aceptar dicho pedido. La solicitud de limitación debe estar fechada y firmada, y en ella se debe incluir al centro de Mary Crowley que tiene la información en cuestión. En la solicitud, también debe describirse la información que desea limitar, debe indicar si desea limitar el *uso* o la *divulgación* de la información, o *ambos*, y debe informarnos quiénes no deben recibir la información limitada. Debe presentar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos del centro de Mary Crowley que tiene la información que desea limitar.

Le informaremos si aceptamos o no su pedido. Si lo aceptamos, cumpliremos con lo que nos solicita, salvo que se deba proporcionar la información para brindarle un tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su salud en determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitarnos que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. La solicitud de comunicaciones confidenciales debe realizarse por escrito e incluir su firma y la fecha. En la solicitud debe especificarse que Mary Crowley es quien emite las comunicaciones confidenciales, así como la forma o el momento en que usted desea ser contactado. No es necesario que justifique la solicitud, y no le pediremos que lo haga. Debe enviar la solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos del centro de Mary Crowley que emite las comunicaciones confidenciales. Haremos lugar a todas las solicitudes razonables.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso y puede solicitárnosla en cualquier momento. Si acordó recibirla en forma electrónica, de todos modos tiene derecho a recibir una copia impresa. Puede obtenerla en cualquiera de nuestros centros o llamando a Mary Crowley.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja ante Mary Crowley o ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. También puede hacerlo llamando al 1-877-696-6775 o visitado www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Si desea presentar una queja ante Mary Crowley, debe enviarla por escrito a la Oficina de Privacidad. No será sancionado por presentar una queja.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Mary Crowley puede modificar este aviso en cualquier momento. Las modificaciones podrían aplicarse a la información médica que ya tenemos sobre usted y también a la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita y también en nuestro sitio web y en nuestras oficinas.

Si tiene preguntas sobre este aviso, puede llamar por teléfono al representante de privacidad, al número que se indica a continuación.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre, 2022

OFICINAS DE MARY CROWLEY CANCER RESEARCH CENTERS:

- Mary Crowley Medical Research Center, que opera con el nombre de Mary Crowley Cancer Research Centers, 7777 Forest Lane, Building C 707, Dallas, TX 75230
- Mary Crowley Cancer Research Centers, 12222 Merit Drive, Suite 1500, Dallas, TX 75251

REPRESENTANTE DE PRIVACIDAD DE MARY CROWLEY

Nombre del contacto: Michelle Richey

Dirección: Mary Crowley Cancer Research, 7777 Forest Lane, C-707, Dallas, TX 75230

Número de contacto: 972-566-3000

Correo electrónico: mrichey@marycrowley.org

Correo electrónico para asuntos relacionados con la privacidad: privacy@marycrowley.org

Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

Comprendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, modificada por la norma general definitiva de la HIPAA de 2013, tengo determinados derechos de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

He recibido el aviso de prácticas de privacidad de Mary Crowley, en el que se incluye una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de mi información de salud (hay disponible una copia impresa en la oficina para incluir en mis expedientes). Me proporcionaron dicho aviso de prácticas de privacidad para que lo revise antes de firmar este acuse de recibo. Comprendo que Mary Crowley podrá modificar el aviso periódicamente y que podré comunicarme con Mary Crowley en cualquier momento, a la dirección consignada más abajo, para obtener una copia vigente del aviso de prácticas de privacidad.

Comprendo que puedo revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento, en la medida en que Mary Crowley no haya tomado medidas valiéndose de este consentimiento.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Soy el padre, la madre o el tutor legal de _____ (nombre del paciente). He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Mary Crowley vigente desde el 23 de septiembre de 2022.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Vínculo con el paciente: Padre o madre Tutor legal

Firma: _____

Fecha: _____

Mary Crowley Cancer Research
7777 Forest Lane, C-707
Dallas, Texas 75230
www.marycrowley.org
972.566.3000

[nota en la segunda página]

Si la persona o su padre, madre o tutor legal no firmaron aquí arriba, el personal debe documentar cuándo y cómo se entregó el aviso a la persona, por qué no se pudo obtener el acuse de recibo y las medidas que se tomaron para obtenerlo.

El aviso de prácticas de privacidad con vigencia a partir del [fecha] se entregó a la persona el _____, (fecha)

- En forma personal. Por correo postal. Por correo electrónico.
 Otro medio. _____.

Motivo por el que la persona o su padre, madre o tutor legal no firmaron este formulario:

- Se rehusaron.
 No respondieron después de más de un intento.
 Otro motivo. _____

Se tomaron las siguientes medidas de buena fe para obtener la firma de la persona o de su padre, madre o tutor legal. Documente las fechas, las veces, las personas con las que se habló, los resultados, según corresponda, y las medidas que se tomaron para obtener la firma. Se debe intentar más de una vez.

- Conversación en persona.

- Contacto telefónico.

- Correo postal. _____

- Correo electrónico. _____

- Otro motivo. _____

Nombre del miembro del personal (en letra de imprenta): _____

Cargo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Notificación y reconocimiento de las responsabilidades financieras del paciente

Como paciente, lo más conveniente para usted es que conozca y comprenda, antes de las visitas, sus beneficios del plan de seguro y su responsabilidad respecto de los montos del deducible, coseguro o copago. No todos los servicios están cubiertos por todos los contratos de seguro. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted es responsable del pago de estos cargos.

Para obtener información sobre qué cubre su plan de seguro y cuáles podrían ser sus obligaciones financieras, se reunirá con un asesor financiero de Texas Oncology el día de su visita inicial. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente o Servicio al Afiliado de su compañía de seguros (los números de teléfono se incluyen en su tarjeta del seguro). El Departamento de Recursos Humanos de su empleador también podría ser una fuente de información y asistencia.

Mary Crowley Cancer Research es una organización de beneficencia independiente exenta de impuestos que se dedica a realizar investigaciones médicas. El personal médico de Mary Crowley es empleado de Texas Oncology PA en virtud de un acuerdo de prestación de servicios por el cual Texas Oncology PA también brinda servicios de facturación.

Los pacientes de Mary Crowley Cancer Research- Medical City que tengan preguntas o inquietudes en materia de seguro también pueden comunicarse con la oficina comercial de Texas Oncology al 1-855-425-9808.

Si bien es posible que tenga una cobertura de seguro para pagar sus facturas médicas, en definitiva, usted es el responsable de todos los cargos. Tendrá la responsabilidad de notificarnos sobre su seguro y de proporcionar la información necesaria sobre su plan de seguro; por lo tanto, lleve su tarjeta del seguro vigente con usted en todo momento y una identificación con fotografía, por ejemplo, una licencia de conducir, una identificación militar o una identificación emitida por el gobierno.

Asegúrese de que tanto su médico como el hospital estén incluidos como proveedores participantes de su compañía de seguros. Es posible que solo el médico o solo el hospital participe de su plan de seguro. Si no estuvieran incluidos, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de su plan para verificarlo.

Es su responsabilidad conocer las responsabilidades y los procedimientos de los pacientes establecidos por su compañía de seguros. Si no se siguen los procedimientos adecuados, es posible que usted deba hacerse cargo del pago total de la factura. Si su compañía de seguros requiere una remisión o autorización previa, comuníquese con su médico de atención primaria antes de ver a un especialista.

Es posible que se requiera una remisión para ver a un especialista. En el caso de los análisis de laboratorio o de los procedimientos médicos, se suele requerir una autorización previa.

Si su compañía de seguros requiere una remisión o autorización previa, y usted no las tiene, la cita programada podría no llevarse a cabo o usted podría tener que hacerse cargo del pago total de la factura al momento de la prestación del servicio.

Si su especialista requiere más visitas de las que su compañía de seguros aprueba o si la remisión venció, debe comunicarse con su médico de atención primaria para obtener otra remisión o autorización previa.

Notificación y reconocimiento de las responsabilidades financieras del paciente

En Mary Crowley Cancer Research, todas las visitas de consulta o nueva consulta se facturan a su compañía de seguros. Es posible que usted sea responsable del cargo del coseguro o copago. Las visitas de detección y tratamiento se facturarán según el detalle indicado en la sección “Cuáles son los costos” del formulario de consentimiento informado que firma. El personal de la clínica repasará esta sección durante el proceso de obtención del consentimiento informado y antes de que firme el formulario de consentimiento. Si no está de acuerdo, tiene preguntas o necesita que le aclaren los costos que se les podrían facturar a usted o a su compañía de seguros, infórmese al personal de la clínica antes de firmar el formulario de consentimiento.

Si es hospitalizado durante su participación en el estudio, y dicha hospitalización no es requerida por el estudio, usted o su compañía de seguros serán responsables del costo de su estadía en el hospital. Si no tiene un seguro, será ingresado en el hospital del condado más cercano. Mary Crowley no será responsable de los costos relacionados con su estadía en el hospital.

Acuse de recibo: Reconozco que he leído y comprendo perfectamente mis responsabilidades financieras y que he recibido respuesta a todas mis preguntas. Por la presente garantizo expresamente el pago íntegro de todos y cada uno de los gastos ocasionados por los servicios que se me han prestado o se me prestarán. Además, acepto pagar todos los honorarios de abogados y costos judiciales en que incurra Mary Crowley en el cobro de los importes de los que soy responsable. Entiendo que se puede solicitar una copia de este acuerdo. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar esta solicitud de seguro médico. También solicito el pago de los beneficios a mí mismo o a la parte que acepte la cesión. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor por los servicios prestados.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____



CONSENTIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO Y LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Doy mi consentimiento para la evaluación, la realización de análisis y el tratamiento conforme lo indique mi médico o quien este designe. Entiendo que esto incluye a todos centros de Texas Oncology.

Telemedicina:

Como paciente, usted tiene derecho a que se le informe sobre sus opciones de tratamiento, incluida la recepción de servicios de telemedicina. Esta divulgación es para darle información para que usted decida si da su consentimiento, o no, para recibir servicios de telemedicina.

Entiendo que el médico tratante cree que me beneficiaría recibir servicios de un proveedor de telemedicina mediante videollamada interactiva en vivo sin tener que acudir al lugar donde éste se encuentra. La telemedicina entraña la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de una enfermedad en tiempo real usando tecnologías de telecomunicación, que pueden incluir el uso de audio, video u otros medios electrónicos interactivos. Como tal, la telemedicina permite que el proveedor de servicios de telemedicina vea y se comuniquen con el paciente en tiempo real.

El tratamiento mediante consultas de telemedicina es parecido, pero no idéntico, a una consulta presencial. Sin embargo, a diferencia de una consulta presencial, el proveedor de servicios de telemedicina solo puede ver mi imagen y escuchar mi voz y no puede utilizar los demás sentidos, por lo que durante la videollamada solo habrá una exploración física limitada. Entiendo que personas distintas al proveedor de servicios de telemedicina pueden estar presentes en el sitio donde se presta el servicio para operar el equipo de video, y tomarán medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información que se obtenga. Puedo decidir entre: (1) omitir información específica sobre mis antecedentes personales patológicos/exploración física que sea sensible para mí; (2) pedirle al personal no médico que abandone la sala de telemedicina; o (3) terminar la videollamada en cualquier momento.

Beneficios potenciales de los servicios de telemedicina:

1. Mejor acceso a la atención médica al permitirme el acceso a la experiencia del proveedor de servicios de telemedicina sin tener que acudir al sitio donde se encuentra.
2. Los servicios médicos se pueden prestar de manera más eficiente.

Posibles riesgos de los servicios de telemedicina:

1. La conexión de video podría no funcionar o dejar de funcionar durante la consulta.
2. La transmisión de audio o de video podrían no ser lo suficientemente claras como para ser confiables.
3. Una parte no autorizada podría interceptar mi información médica durante la transmisión.
4. Las fallas técnicas pueden provocar retrasos en la evaluación o tratamiento médicos o la pérdida de información.

Si se presenta cualquiera de estos problemas, podría interrumpirse el servicio. Texas Oncology buscará restablecerlo o, si esto no fuera posible, reprogramará la consulta. No se da ninguna garantía sobre el resultado de los servicios de telemedicina.

Entiendo que la responsabilidad por la operación de la tecnología que se usa en la consulta de telemedicina en mi casa (si corresponde) es mía, y que la responsabilidad por la operación de la tecnología que se usa en el lugar donde se encuentra el proveedor de servicios de telemedicina es de Texas Oncology.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____



Acepto recibir una factura del proveedor de servicios de telemedicina. Entiendo (marque una opción):

- Mi(s) plan(es) de salud cubre(n) los servicios de telemedicina, pero sigo siendo responsable y acepto pagar la parte que me corresponde de lo que se cobre por los servicios cubiertos en mi(s) plan(es) de salud, incluidos los deducibles y los copagos.
- Mi(s) plan(es) de salud no cubre(n) los servicios de telemedicina. He recibido y firmado previamente un formulario donde acepto mi responsabilidad financiera por los servicios que preste el proveedor de servicios de telemedicina.

He leído este documento y comprendo los riesgos y beneficios de los servicios de telemedicina. He tenido oportunidad de que mis preguntas fueran respondidas y doy mi consentimiento para recibir los servicios de telemedicina del proveedor de los mismos. Autorizo que se revele cualquier información médica relevante sobre mí al proveedor del servicio de telemedicina, a su personal y a mi plan de atención médica o a quien pague la misma (en su caso).

- Doy mi consentimiento para que los resultados/información de mi cita de telemedicina se compartan con mi médico de atención primaria o con el médico que me derivó.

Medicamentos con receta:

Además, acepto de manera voluntaria dar acceso a Texas Oncology a mi historial de uso de medicamentos con receta y a que lo use, proveniente de otros proveedores de servicios de salud terceros que paguen las prestaciones de farmacia para fines de tratamiento. Entiendo que los médicos y el personal de esta empresa pueden consultar mi historial de uso de medicamentos con receta, que incluye, entre otros, medicamentos con receta, análisis de laboratorio y demás información de uso de medicamento, proveniente de varios proveedores de servicios médicos, aseguradoras y gestores de prestaciones de farmacia ajenos a la red, y que puede incluir medicamentos con receta que haya usado varios años atrás.

Acepto que Texas Oncology pueda utilizar sistemas de intercambio de información médica para transmitir, recibir o acceder de manera electrónica a mi historial de uso de medicamentos con receta.

Entiendo que este consentimiento tenga validez y vigencia por el tiempo que asista o reciba servicios de Texas Oncology, salvo que lo revoque por escrito mediante notificación que dé por escrito a cada centro de atención al que asista o del que reciba servicios.

Certifico que he leído este documento o que se me ha leído.

Firma del paciente o de su representante legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): _____

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE LOS POSIBLES USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.

Acerca de nosotros

En este Aviso, utilizamos términos como "nosotros", "nos", "nuestro" y "práctica" para referirnos a **Texas Oncology**, sus médicos, empleados, personal y otras personas. Todos los centros y ubicaciones de **Texas Oncology** siguen los términos de este Aviso y pueden compartir información médica entre sí con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros propósitos, como se describe en este Aviso.

Propósito de este Aviso

Este Aviso describe cómo podemos usar y revelar su información médica para fines de tratamiento, pago o realizar operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Este Aviso también describe nuestras obligaciones legales para proteger la privacidad de su información médica y explica sus derechos para que esté protegida. Crearemos un registro de los servicios que le proporcionemos, el cual incluirá información sobre su salud. Necesitamos conservar esta información para garantizar que reciba una atención de calidad y para cumplir con determinados requisitos legales relacionados con la atención que reciba. Entendemos que su información médica es personal y nos hemos comprometido a proteger su privacidad y a asegurarnos de que no se utilice de manera inadecuada.

Nuestras responsabilidades

La ley nos obliga a respetar la confidencialidad de su información médica y a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a la misma. También estamos obligados a notificarle en caso de que se vulnere su información médica no asegurada. Cumpliremos con los términos de este Aviso.

Cómo podemos usar o compartir su información médica

Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que podemos usar y compartir su información médica sin contar con su autorización por escrito:

Para fines de tratamiento: podemos usar y compartir su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, su información médica se compartirá con su oncólogo y otros proveedores de atención médica que participen en su atención. Podemos compartir su información médica con otros oncólogos con el propósito de hacer consultas. También podemos compartir su información médica con su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica para asegurarnos de que tengan toda la información necesaria para diagnosticarle y tratarle.

Con fines de pago: podemos usar y compartir su información médica con terceros para que nos paguen o nos reembolsen su tratamiento. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted, a su aseguradora o a otro tercero pagador. La factura puede contener información que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros utilizados en el curso del tratamiento. Además, podemos informar a su plan de seguro médico acerca del tratamiento que esté a punto de recibir con el propósito de obtener la aprobación previa para dicho tratamiento o para determinar si su plan lo cubrirá.

Para operaciones de atención de la salud: podemos usar y compartir su información médica para nuestras actividades de negocio. Estos usos y revelaciones son necesarios para las consultas y para asegurarnos de que nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para actividades de evaluación de la calidad, capacitación de estudiantes de medicina, otorgar credenciales necesarias y para otras actividades esenciales. También podemos compartir su información médica con terceros "socios comerciales" que realizan diversos servicios en nuestro nombre, como transcripción, facturación y cobro. En estos casos, celebraremos un acuerdo por escrito con el socio comercial para garantizar que protejan la privacidad de su información médica.

Podemos pedirle que firme con su nombre en una hoja de registro en la recepción, y podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando le llamemos para su cita.

Recordatorios de citas: podemos usar y compartir su información médica para comunicarnos con usted y recordarle una próxima cita de tratamiento o de servicios de atención médica.

Personas relacionadas con su atención o con el pago de su atención y notificación: si consiente verbalmente el uso o la revelación, y en otras situaciones determinadas, haremos los siguientes usos y revelaciones de su información médica. Podemos compartir con sus familiares, amigos y cualquier otra persona que usted señale que estén relacionados con su atención médica o que ayuden a pagarla, su información médica relevante respecto a la relación que dicha persona tenga con su atención médica o el pago de la misma. También podemos hacer estas divulgaciones después de su fallecimiento.

Si desea que no compartamos su información médica con un familiar o amigo que esté relacionado con su atención, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla al Gerente de Expedientes Médicos (Medical Records Manager) de su oficina local de Texas Oncology.

Podemos usar o compartir su información para notificar o asistir en la notificación a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación física en las instalaciones, condición general o fallecimiento. También podemos usar o compartir su información médica con organizaciones de ayuda en caso de catástrofe para que su familia u otras personas que sean responsables de su atención sean notificadas sobre su condición, estado y ubicación.

También se nos permite (en la medida permitida por la ley aplicable) usar y compartir su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:

Según lo exija la ley: podemos usar y compartir su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Procedimientos judiciales y administrativos: podemos usar y compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa si usted está implicado en procedimiento legal. También podemos compartir su información médica en respuesta a una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otros procesos legales presentados por otra parte de la disputa, pero solo cuando hayamos hecho el esfuerzo de informarle la solicitud u obtener una orden para proteger la información que se ha solicitado.

Actividades de vigilancia en materia de salud: podemos usar y compartir su información médica con una agencia que vele por la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de vigilancia son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, el cumplimiento de los programas regulatorios del gobierno y el cumplimiento de las leyes en materia de derechos civiles.

Cuerpos de seguridad: podemos compartir su información médica, dentro de los límites, con funcionarios de las agencias encargadas de la aplicación de la ley para varios propósitos diferentes:

- para cumplir con una resolución judicial, mandato judicial, citación, emplazamiento u otro proceso similar;
- para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona extraviada;
- respecto a la víctima de un delito, si ella está de acuerdo o no podemos obtener su anuencia;
- respecto a un fallecimiento, tenemos la sospecha de que es resultado de una conducta delictiva;
- respecto a una conducta delictiva, creemos de buena fe que tuvo lugar en nuestras instalaciones; y
- para reportar un delito que no haya ocurrido en nuestras instalaciones, su naturaleza, lugar donde ocurrió, y la identidad, descripción y ubicación de su autor material, en una situación de emergencia.

Actividades de salud pública: podemos usar y compartir su información médica para actividades de salud pública, como las siguientes:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- reportar nacimientos o fallecimientos;
- reportar abuso infantil o negligencia;
- actividades relacionadas con la calidad, la seguridad o la efectividad de productos regulados por la FDA;
- notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que podría tener riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o padecimiento según lo autorizado por ley; y
- notificar a un empleador los hallazgos relativos a una enfermedad o lesión profesional o vigilancia médica general que necesite para cumplir con la ley si se le entrega aviso de dicha divulgación.

Amenaza seria para la salud o la seguridad: si hay una amenaza seria para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad pública o de otra persona, podemos usar y compartir su información médica con quien pueda ayudar a prevenir la amenaza o según sea necesario para que las autoridades encargadas de la aplicación de la ley identifiquen o arresten a alguien.

Donación de órganos/tejidos: si usted es donante de órganos, podemos usar y compartir su información médica con organizaciones encargadas de la obtención, el trasplante o el almacenamiento de órganos, córneas o tejidos.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podemos usar y revelar información médica a un médico forense o un examinador médico. Esta divulgación puede ser necesaria para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica, según sea necesario, a los directores de funerarias para ayudarles a realizar sus funciones.

Indemnización por accidentes de trabajo: podemos compartir su información médica, según se autorice y en la medida en que sea necesario, para cumplir con las leyes relacionadas con las indemnizaciones por accidentes de trabajo o programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades profesionales.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: podemos compartir información médica con la autoridad gubernamental correspondiente si consideramos que un/a paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o esté autorizado por la ley.

Actividades de militares y veteranos: si usted pertenece al ejército, podemos compartir su información médica con las autoridades del mando militar. Puede revelarse información médica de personal militar extranjero a autoridades militares extranjeras.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia: podemos compartir su información médica con los funcionarios federales autorizados con fines de actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección para el presidente y otras personas: podemos compartir su información médica con los funcionarios federales autorizados para que puedan proveer servicios de protección al presidente y a otras personas, como jefes de estado extranjeros.

Reclusos: si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley para ayudarles a proporcionar su atención médica, proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para asistir a la seguridad de la institución correccional.

Investigación: podemos usar y revelar información sobre su salud para ciertas actividades de investigación sin su autorización por escrito. Por ejemplo, podríamos usar parte de su información médica para decidir si tenemos suficientes pacientes para realizar un estudio de investigación sobre el cáncer. Para ciertas actividades de investigación, una Junta de Revisión Institucional (IRB) o una Junta de Privacidad pueden aprobar los usos y divulgaciones de su información médica sin su autorización.

Otros usos y divulgaciones de su información médica que requieren de autorización por escrito:

Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertos por este Aviso se harán solo con su autorización por escrito. Algunos ejemplos:

- **Notas de psicoterapia:** por lo general, no mantenemos notas de psicoterapia sobre nuestros pacientes. Si las tenemos, solo las usaremos y revelaremos con su autorización por escrito, excepto en situaciones limitadas.
- **Comercialización:** solo podemos usar y revelar su información médica para fines de mercadeo con su autorización por escrito. Esto incluiría comunicarnos con usted por cuestiones relacionadas con el tratamiento, cuando recibamos un beneficio financiero por hacerlo.
- **Venta de su información médica:** solo podemos vender su información médica con su autorización por escrito.

Si nos autoriza a usar o revelar su información médica, usted puede modificar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no usaremos ni revelaremos su información médica de acuerdo con lo especificado en su revocación, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acción en función de la autorización que nos otorgó.

Sus derechos con respecto a su información médica

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

Derecho a solicitar restricciones: usted tiene derecho a solicitar una restricción a su información médica que usemos o revelemos para operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. **En la mayoría de los casos no tenemos la obligación de aceptar su solicitud.** Si la aceptamos, atenderemos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe presentar la solicitud por escrito y enviarla a su oficina local de Texas Oncology. Tenemos la obligación de aceptar una solicitud que restrinja una divulgación hecha a un plan de seguro médico para fines de pago o de operaciones de atención médica que no sea requerida de otra forma por ley, si usted, o alguien distinto del plan de seguro médico en su nombre, pagó en su totalidad el servicio o la partida en cuestión con sus propios fondos.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado con respecto a los servicios que recibe de nosotros. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted a su trabajo o solamente por correo electrónico. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla a su oficina local de Texas Oncology. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Intentaremos atender todas las solicitudes razonables.

Derecho de revisión y copia: usted tiene derecho a revisar y obtener copia de su información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Para revisar y obtener copia de su información médica, debe presentar su solicitud por escrito cumplimentado el formulario correspondiente que le entreguemos y entregándolo en su oficina local de Texas Oncology. Puede solicitar acceso a su información médica en un formulario y formato electrónico determinado si se pueden producir fácilmente o, si esto no es posible, en un formulario y formato electrónico que ambas partes acordemos. Además, puede solicitar por escrito que entreguemos una copia de su información médica a cualquier persona o entidad que usted designe. Su solicitud escrita y firmada debe identificar claramente a dicha persona o entidad designada y dónde desea que enviemos la copia. Si usted solicita una copia de su información médica, podemos cobrar una tarifa en función de los costos por la mano de obra, los materiales y el envío por correo necesarios para cumplir con su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de revisión y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si no se le da acceso a su información médica, puede solicitar que la denegación sea revisada por un profesional sanitario con licencia de nuestra elección. La persona que haga la revisión será distinta a la que rechazó su solicitud. Respetaremos el resultado de la revisión.

Derecho de modificación: si usted considera que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede solicitar su modificación. Usted tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando la información la tengamos nosotros. Para solicitar una modificación, debe presentar su solicitud por escrito cumplimentando el formulario correspondiente que le entreguemos y entregándolo en su oficina local de Texas Oncology.

Podemos rechazar su solicitud de modificación. Si esto sucede, se le notificará el motivo del rechazo y tendrá oportunidad de presentar una manifestación de desacuerdo por escrito ante nosotros, que pasará a ser parte de su expediente médico.

Derecho a solicitar una lista de divulgaciones: usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hagamos de su información médica. Tome en cuenta que no es necesario incluir algunas divulgaciones en la lista que le entreguemos.

Para solicitar una lista de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito cumplimentando el formulario correspondiente que le entreguemos y entregándolo en su oficina local de Texas Oncology. Su solicitud debe señalar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y que no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, le cobraremos el costo de proveérselas. Le notificaremos los costos involucrados y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún costo.

Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque previamente haya aceptado recibirlo a través de un medio electrónico. Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con su oficina local de Texas Oncology. Además, usted puede obtener una copia impresa de este Aviso en nuestro sitio web, www.TexasOncology.com

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de poner en vigor nuevas disposiciones en el Aviso respecto a la información médica que tengamos actualmente, así como respecto a cualquier información médica que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios sustanciales o importantes a nuestras prácticas de privacidad, modificaremos de inmediato nuestro Aviso. Publicaremos una copia del Aviso vigente en la sala de espera de su oficina local de Texas Oncology. Cada versión del Aviso indicará su fecha de entrada en vigor en la primera página. Las actualizaciones de este Aviso también están disponibles en nuestro sitio web www.TexasOncology.com

Quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, dirija sus consultas a: **Texas Oncology al 1-888-864-ICAN (4226) y pida hablar con nuestro Oficial de Privacidad.** También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **No se tomarán represalias en su contra ni se le penalizará por presentar una queja.**

Preguntas

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con Texas Oncology al 1-888-864-ICAN (4226) y pida hablar con nuestro Oficial de Privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Texas Oncology está comprometido con la protección de su privacidad y en garantizar que su información médica sea usada y compartida de manera adecuada. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica todos los usos y divulgaciones potenciales de su información médica por nuestra parte y describe sus derechos respecto a su información médica. **Firme el formulario a continuación para confirmar que ha recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Texas Oncology.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o de su representante legal: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): _____

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: _____ Fecha: _____

Texas Oncology Use Only
Date Acknowledgement Received: _____

-OR-

Reason acknowledgment was not obtained:

