

Patient Data

Información del paciente

Today's Date: ___/___/___
Fecha de Hoy: Mes Dia Año

Patient's Name: _____
Nombre del paciente First Name (Primer nombre) Last Name (Apellido)

Date of Birth ___/___/___ Sex F M
Fecha Nacimiento MES DIA AÑO

Address: _____ APT _____
Dirección # De Apartamento

City/State: _____ Zip Code: _____
Ciudad/Estado Código Postal

Home Phone Number (_____) _____ Cel # (_____) _____
de Casa # de celular

Parent / Gardian Name: _____
Padre / Guardia Nombre First Name (primer nombre) Last Name (Apellido)

Parent / Gardian Date of Birth ___/___/___
Padre / Guardia Fecha de Nacimiento

• **EmergencyContact (1)**
Name/Phone#/Relationship: _____
Contacto de Emergencia Nombre/ Teléfono / Relaccion

• **Emergency Contact (2)**
Name Phone/Phone#/Relationship: _____
Contacto de Emergencia Nombre/ Teléfono / Relaccion

• **E-Maill Address:** _____
Correo Electronico

Work Phone Number: (_____) _____
Teléfono de Trabajo

Private Insurance Only
Seguro Privado

Private Insurance Only
Seguro Privado

Insured's Name _____
Nombre del asegurado

Insured Date of Birth ___/___/___
Fecha Nacimiento de Asegurado

Insurance Name: _____
Nombre del Seguro

Medicaid# _____ or Ins. ID # _____

Permiso y asignación:

Yo, entiendo, que tengo un seguro asignado con el Dr. _____ Por todos los beneficios médicos rendidos. Entiendo tambien ser responsable por cualquier gasto financiero si por alguna razón el seguro no cubre los servicios. Con mi firma le doy la autorización al Doctor que de cualquier información del paciente para asegurar el pago de los beneficios médicos.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

I, the undersigned, have insurance coverage with _____ and assign directly to Dr. _____ all medical benefits for services rendered. I understand that I am financially responsible for all the charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the Doctor to release all information necessary to secure the payments of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions

Turn Page Over
- Voltiar Hoja





**TO OUR VALUED PATIENTS
OUR PROMISE OF PRIVACY**

Our office is fully committed to compliance with HIPAA guidelines by:

1. Providing appropriate **security** for our patient records.
2. Protecting the **privacy** of our patient's medical information.
3. Providing our patients with proper **access** to their medical records
4. Appropriately maintaining our patient information and billing processes in compliance with **national standards**.

If you ever have any questions or concerns about your services or charges, we encourage you to call and ask for our Compliance officer.

PATIENT CONSENT FORM

The Department of Health and Human Services has established a "Privacy Rule" to help insure that personal health care information is protected for privacy. The Privacy Rule was also created in order to provide a standard for certain health care providers to obtain their patients' consent for uses and disclosures of health information about the patient to carry out treatment, payment, or health care operations.

As our patient we want you to know that we respect the privacy of your personal medical records and will do all we can to secure and protect that privacy. We strive to always take reasonable precautions to protect your privacy. When it is appropriate and necessary, we provide the minimum necessary information to only those we feel are in need of your health care information and information about treatment, payment or health care operations, in order to provide health care that is in your best interest.

We also want you to know that we support your full access to your personal medical records. We may have indirect treatment relationships with you (such as laboratories that only interact with physicians and not patients), and may have to disclose personal health information for purposes of treatment, payment, or health care operations. These entities are most often not required to obtain patient consent.

You may refuse to consent to the use or disclosure of your personal health information, but this must be in writing. Under this law, we have the right to refuse to treat you should you choose to refuse to disclose your Personal Health Information (PHI). If you choose to give consent in this document, at some future time you may request to refuse all or part of your PHI. You may not revoke actions that have already been taken which relied on this or a previously signed consent. If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer.

You have the right to review our privacy notice, to request restrictions and revoke consent in writing after you have reviewed our privacy notice.

Patient Name

(Nombre del Paciente): _____

Signature/FIRMA: _____

(Firma del Padre, si el paciente es menor de 18)

Date _____/_____/_____

**3032 Corlear Ave
Bronx, NY 10463
Tel: 718-548-4040
Fax: 718-548-3939**



**645 Allerton Ave
Bronx, NY 10467
Tel: 718-547-7771
Fax: 718-547-8091**

**Authorization for Access to Patient Information
Through a Health Information Exchange Organization**

Nombre Del Paciente	Fecha De Nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que **[OLA PEDIATRICS]** acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA (Ley de Contratación Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

<p>Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>
<input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que [OLA PEDIATRICS] acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.
<input type="checkbox"/> 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO for [OLA PEDIATRICS] acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para fin alguno.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a acceder a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha De Hoy
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

- 1. Maneras en las que podría utilizarse su información** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento:** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que Cubre.
 - **Actividades de administración supervisión de cuidados** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados medicos
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
- 2. Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) y el/los plan(es) de salud incluido(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud delicadas, entre ellas:
 - Problemas de abuso de alcohol o drogas
 - Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades mentales
 - Enfermedades de transmisión sexual
- 3. De dónde proviene la información de salud sobre usted** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder a una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando al 877-695-4749.
- 4. Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
- 5. Acceso de organizaciones de salud pública y de transplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de transplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al transplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
- 6. Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud:** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, (i) llame a **OLA PEDIATRICS(Corlear) 718-548-4040 / (Allerton) 718-547-7771**; (iii) visite el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org; (iv) llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o (v) siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
- 8. Período de vigencia:** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que Healthix deje de funcionar. En caso de que Healthix se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
- 9. Cómo cambiar su opción de consentimiento:** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
- 10. Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.