



Consentimiento para Tratar y Responsabilidad Financiera

Número de
cuenta: _____

Consentimiento para tratar	Por la presente autorizo a empleados y agentes del Instituto Ortopédico del Norte de Texas (incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeros practicantes y otros empleados y miembros del personal) a realizar evaluaciones médicas y cuidados al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoca por escrito. Entiendo que, al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica salvo en caso de emergencia. _____ Nombre del Paciente (por favor impresión) _____ _____ Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Fecha
Consentimiento para tratar	Completa esta sección SOLO si el paciente es menor de edad Consiento que _____ autorice la evaluación y el tratamiento para el paciente mencionado anteriormente cuando no esté disponible. Entiendo que esto autoriza a la(s) persona(s) mencionada(s) a consentir procedimientos médicos y quirúrgicos y vacunas para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoca por escrito. _____ Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Fecha
Responsabilidad financiera	Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente al Instituto Ortopédico del Norte de Texas, PLLC (en adelante "OINT") y/o sus afiliados o designados y/o al médico responsable por los servicios prestados. Se concede autorización para facilitar la información contenida en el historial médico del paciente a la compañía de seguros médicos del paciente (o a sus empleados o agentes) según sea necesario para tramitar y completar la reclamación del seguro médico del paciente. Entiendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información sobre enfermedades transmisibles como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA") y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana ("VIH"). Entiendo que soy responsable económicamente del total de los gastos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Estoy de acuerdo en que todas las cantidades deben ser solicitadas y deben ser pagables a OINT. Además, entiendo que si mi cuenta se atrasa, pagaré los honorarios legales razonables o los gastos de cobro del OINT, si los hay. La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoca por escrito. Entiendo que, al no firmar esta autorización de información, soy responsable del pago completo de los servicios antes de que se presten. _____ Nombre del Paciente (por favor impresión) _____ Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Fecha



Consentimiento para Fotografía/Videografía

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad". La Regla de Privacidad se creó para establecer un estándar para que ciertos proveedores sanitarios obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de información sanitaria. Como nuestro paciente, queremos que sepas que respetamos la privacidad de tus historiales médicos personales y haremos todo lo posible para proteger y proteger esa privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a quienes consideramos que necesitan tu atención sanitaria sobre tratamiento, pago u operaciones sanitarias, para proporcionar una atención sanitaria que sea lo mejor para ti. Parte de tu tratamiento puede incluir fotografías o vídeos.

Podríamos querer utilizar fotografías tomadas por nuestra oficina con fines de tratamiento, educativos y/o publicitarios. Sin embargo, antes de utilizar cualquier fotografía con fines publicitarios, obtenemos el consentimiento del paciente o tutor legal. Puede negarse a consentir el uso o divulgación de su información personal de salud. Esto DEBE estar por escrito. Según esta ley, tenemos derecho a negarnos a tratarte si te niegas a divulgar tu información personal de salud ("PHI"). Si decides dar tu consentimiento en este documento, en algún momento futuro podrás solicitar rechazar total o parcialmente tu PHI. No puedes revocar acciones que ya se hayan tomado y que se basaran en este consentimiento o en un consentimiento previamente firmado. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA. Tienes derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de revisar nuestro aviso de privacidad.

Por la presente doy mi consentimiento para que el Instituto Ortopédico del Norte de Texas tome y/o exponga fotografías y/o vídeos. La fotografía/vídeo será utilizada con fines educativos y/o publicitarios por el Instituto Ortopédico del Norte de Texas y podrá mostrarse en nuestra oficina y/o en la página web del Instituto Ortopédico del Norte de Texas, en redes sociales y/o con fines formativos o educativos.

Los médicos y el personal protegerán los datos personales del paciente, como nombre, edad y fecha de nacimiento, para que no se muestren. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, salvo en la medida en que OINT ya haya utilizado las fotografías basándose en él.

Nombre del Paciente (por favor impresión)

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Relación con el Paciente:

_____ **Propio**

_____ **Guardián**



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información sanitaria sobre ti y cómo puedes acceder a esta información. Por favor, revísalo detenidamente. La privacidad de tu información sanitaria es importante para nosotros.

Nuestro deber legal

Estamos obligados por la legislación federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de tu información sanitaria. También estamos obligados a proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos respecto a su información sanitaria. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigor el 1 de septiembre de 2018 y permanecerá vigente hasta que lo reempongamos.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean efectivos para toda la información sanitaria que mantengamos, incluida la información sanitaria que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso a disposición a petición.

Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para solicitar una copia de nuestro Aviso, por favor contáctanos utilizando la información que se indica en este sitio web o solicita hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA.

Usos y divulgaciones de información sanitaria

Utilizamos y divulgamos información sanitaria sobre usted para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar tu información sanitaria a un médico u otro profesional sanitario que te proporcione tratamiento.

Pago: Podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria para obtener un pago por los servicios que te proporcionamos.

Operaciones sanitarias: Podemos utilizar y divulgar su información sanitaria en relación con nuestras operaciones sanitarias. Las operaciones sanitarias incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales sanitarios, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de formación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

Tu autorización: Además de nuestro uso de tu información sanitaria para tratamiento, pago o operaciones sanitarias, puedes darnos autorización por escrito para usar tu información sanitaria o para divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Tu revocación no afectará ningún uso ni divulgación permitida por tu autorización mientras estuvo en vigor. A menos que nos proporcione una autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información sanitaria por ningún motivo que no sea el descrito en este Aviso.

A su familia y amigos: Debemos divulgarle su información médica tal y como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este Aviso. Podemos divulgar tu información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarte con tu atención sanitaria o con el pago de tu atención médica; Pero solo si aceptas que podamos hacerlo.



Personas Involucradas en el Cuidado: Podemos utilizar o divulgar información sanitaria para notificar o ayudar en la notificación (incluida la identificación o localización) de un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su estado general o fallecimiento. Si estás presente, antes de usar o divulgar tu información sanitaria, te ofreceremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información sanitaria basada en una determinación basada en nuestro juicio profesional que solo revele información sanitaria directamente relevante para la implicación de la persona en su atención sanitaria. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia en la práctica común para hacer inferencias razonables sobre su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información sanitaria.

Marketing de servicios relacionados con la salud: No utilizaremos tu información sanitaria para comunicaciones de marketing sin tu autorización escrita.

Obligatorio por la ley: Podemos utilizar o divulgar tu información sanitaria cuando la ley nos obligue a hacerlo.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar tu información sanitaria a las autoridades competentes si creemos razonablemente que eres una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar tu información sanitaria en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para tu salud o seguridad o para la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información sanitaria del personal de las Fuerzas Armadas bajo determinadas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información sanitaria requerida para actividades de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos informar a instituciones penitenciarias o a agentes de la ley que tengan la custodia legal de información sanitaria protegida del interno o paciente bajo determinadas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o divulgar tu información sanitaria para proporcionarte recordatorios de cita (como mensajes de voz, postales o cartas).

Derechos del paciente

Acceso: Tienes derecho a consultar o obtener copias de tu información sanitaria, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato distinto a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no sea posible hacerlo de forma práctica. Debes hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a tu información sanitaria. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en costes por gastos como copias y tiempo de personal. Si solicita un formato alternativo, cobraremos una tarifa basada en el coste por proporcionar su información sanitaria en ese formato.

Contabilidad de Divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información sanitaria para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones sanitarias y ciertas otras actividades, pero no antes del 1 de septiembre de 2018. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en costes por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Tienes derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de tu información sanitaria. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo, salvo en caso de emergencia.

Comunicación alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información sanitaria por medios alternativos o ubicaciones alternativas. DEBES hacer tu solicitud por escrito. Tu solicitud debe especificar los



medios o ubicación alternativos, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se gestionarán los pagos bajo el método o ubicación alternativa que solicites.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información sanitaria. Tu solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestra página web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibirlo por escrito.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contáctenos en

Instituto Ortopédico del Norte de Texas, PLLC

5575 Warren Parkway, Suite 115, Fecha de nacimiento#1

Frisco, Texas 75034

(p) 972-591-6468 | (f) 972-591-6469

info@oint.org

Si te preocupa que podamos haber violado tus derechos de privacidad, no estás de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a tu información sanitaria, o en respuesta a una solicitud que hiciste para modificar o restringir el uso o divulgación de tu información sanitaria, o para que nos comuniquemos contigo por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, Puede presentar una queja a nosotros utilizando la información de contacto indicada anteriormente. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Te proporcionaremos la dirección para presentar tu queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si lo solicitas.

Apoyamos tu derecho a la privacidad de tu información sanitaria. No tomaremos represalias de ninguna manera si decides presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Nombre del Paciente (por favor impresión)

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha



Consentimiento para Tratar al Paciente sin Padre/Tutor

De acuerdo con la ley, sin la presencia de un padre o tutor legal, ningún menor de 18 años no puede ser atendido por un médico sin el consentimiento de un padre o tutor legal.

Si el menor llega acompañado de alguien que no sea un padre o tutor legal, debemos contar con el permiso por escrito del padre o tutor legal de que usted ha designado a esta persona para actuar en su nombre.

Nombre de los menores

Fecha de nacimiento

Para aquellas ocasiones en las que no esté con su hijo, por favor enumere a las personas que puedan darnos su consentimiento para verle:

Nombre

Relación con el niño

Nombre

Relación con el niño

Nombre

Relación con el niño

Limitaciones: Identifica cualquier limitación específica sobre los tipos de servicios médicos para los que se concede esta autorización. (Si no hay ninguno, indique "ninguno")

☐ Compruebe aquí si desea dar su consentimiento para que el menor reciba atención médica sin un adulto acompañante, que estará vigente por: ☐ fecha _____ O ☐ Indefinidamente, hasta la revocación por escrito.

Autorización: Solicito y autorizo al Instituto Ortopédico del Norte de Texas y a su personal a prestar la atención médica rutinaria a mi hijo mencionado anteriormente según se considere necesario o recomendable para el diagnóstico y tratamiento del menor. También sé que el adulto que presenta al niño es responsable de pagar la parte del paciente en el



momento del servicio. Tengo el derecho legal de autorizar previamente al Instituto Ortopédico del Norte de Texas y a su personal a impartir tratamientos médicos y servicios rutinarios a mi hijo. La atención médica rutinaria e intervenciones puede incluir, pero no se limita a: evaluación médica, examen físico, examen radiográfico, inyecciones, radiografías, análisis de laboratorio, cambios o aplicación de vendajes. He leído, entendido y doy mi consentimiento según lo estipulado arriba. Mi firma significa que he leído este formulario y/o me lo han leído y explicado en el idioma que puedo entender.

Nombre del Paciente (por favor impresión)

Padre o tutor Legal (por favor imprimir)

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha



Consentimiento para Comunicaciones por Mensaje de Texto

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). La Regla de Privacidad se creó para establecer un estándar para que ciertos proveedores sanitarios obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de información sanitaria. Como nuestro paciente, el Instituto Ortopédico del Norte de Texas ("OINT") respeta la privacidad de tu información médica y está comprometido a protegerla. Este formulario proporciona tu consentimiento por escrito para que el OINT se comunique contigo por mensaje de texto sobre ciertos aspectos de tu atención, incluyendo comunicaciones que puedan contener información sanitaria protegida (PHI).

Riesgo de la Comunicación por Mensaje de Texto

La mensajería de texto es un método de comunicación conveniente; sin embargo, queremos que conozca los siguientes riesgos asociados a las comunicaciones por mensajes de texto que contienen su información sanitaria protegida (PHI):

- **Falta de cifrado:** Los mensajes de texto estándar no están cifrados y pueden ser interceptados por terceros no autorizados durante la transmisión.
- **Seguridad del dispositivo:** Los mensajes de texto pueden almacenarse en dispositivos móviles que podrían perderse, ser robados o acceder por personas no autorizadas.
- **Vulnerabilidades de red:** Los mensajes pasan por operadores externos y pueden ser susceptibles a la interceptación o acceso no autorizado.
- **Problemas de entrega:** Los mensajes de texto pueden no entregarse, pueden retrasarse o pueden ser entregados a destinatarios incorrectos debido a problemas técnicos.
- **Sin garantía de privacidad:** OINT no puede garantizar la seguridad o privacidad de ningún mensaje una vez transmitido.

A pesar de estos riesgos, si deseas recibir mensajes de texto de OINT, debes dar tu consentimiento explícito a continuación.

Consentimiento del Paciente y Autorización para Comunicarse por Mensaje de Texto

Por la presente autorizo al Instituto Ortopédico del Norte de Texas y a sus empleados, médicos, asistentes médicos, enfermeros practicantes y otros miembros del personal a comunicarse conmigo por mensaje de texto sobre:

☐ Recordatorios y confirmaciones de citas ☐ Instrucciones ☐ preoperatorias y postoperatorias ☐ Resultados de pruebas e instrucciones ☐ de seguimiento ☐ Información general de salud y materiales ☐ educativos ☐ Recordatorios ☐ de facturación y pago Otros: _____

Número de teléfono móvil: () -

☐ Rechazo recibir mensajes de texto de OINT.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:



- He leído y entiendo los riesgos asociados a recibir mensajes de texto no seguros que contienen mi PHI.
- Consiento voluntariamente recibir comunicaciones por mensaje de texto de OINT como se ha descrito anteriormente.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento respondiendo "STOP" a un mensaje o notificando por escrito el OINT.
- Entiendo que el OINT usará salvaguardas razonables para limitar la PHI incluida en los mensajes, pero no puedo garantizar la confidencialidad una vez que se envíen los mensajes.
- Notificaré al OINT si cambio o desactivo mi número de teléfono o si mi teléfono se pierde o me roba.
- Los mensajes de texto pueden enviarse mediante sistemas automatizados, y pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes/datos.
- Consiento expresamente recibir mensajes de texto automáticos de OINT en el número indicado arriba para los fines que he seleccionado.
- Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y aun así recibir tratamiento médico, aunque no recibiré mensajes de texto.
- Entiendo que una vez que PHI se transmite por mensaje de texto, puede que ya no esté protegido bajo HIPAA si acceden a otros en mi dispositivo o red de operadora.

Si tiene alguna objeción a este formulario o pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor solicite hablar con nuestro Responsable de Cumplimiento de HIPAA. Tienes derecho a revisar nuestro aviso de privacidad y a solicitar restricciones sobre el uso de tu PHI. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de OINT está disponible bajo petición en la recepción.

Consentimiento para Comunicaciones por Correo Electrónico

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). La Norma de Privacidad se creó para establecer un estándar sobre cómo ciertos proveedores de salud obtienen el consentimiento de sus pacientes para el uso y la divulgación de información sanitaria. El Instituto Ortopédico del Norte de Texas ("OINT") respeta la privacidad de tu información médica y está comprometido a protegerla. Este formulario proporciona tu consentimiento por escrito para que el OINT se comunique contigo por correo electrónico sobre ciertos aspectos de tu atención, que pueden incluir información que califica como información sanitaria protegida (PHI).

Riesgos de la comunicación por correo electrónico

El correo electrónico estándar no está cifrado y puede ser interceptado o accedido por personas no autorizadas. Los correos electrónicos también pueden almacenarse en servidores o dispositivos que no son seguros, que se entregan incorrectamente o que se retrasen. Una vez transmitido, el OINT no puede garantizar la seguridad ni la privacidad de un correo electrónico.

A pesar de estos riesgos, si desea recibir correos electrónicos de OINT, debe proporcionar su consentimiento explícito a continuación.



Consentimiento del Paciente para Comunicaciones por Correo Electrónico

El Instituto Ortopédico del Norte de Texas ("OINT") respeta la privacidad de tu información médica y está comprometido a protegerla. Este consentimiento autoriza a OINT a comunicarse contigo por correo electrónico sobre aspectos de tu atención que puedan incluir información sanitaria protegida (PHI). Por favor, lea atentamente y firme a continuación si desea recibir comunicaciones por correo electrónico.

Al firmar a continuación, autorizo a OINT y a su personal, incluidos médicos, asistentes médicos y enfermeros especialistas, a comunicarse conmigo por correo electrónico sobre:

☐ Recordatorios y confirmaciones de citas ☐ Instrucciones ☐ preoperatorias y postoperatorias ☐ Resultados de pruebas e instrucciones ☐ de seguimiento ☐ Información general de salud y materiales ☐ educativos ☐ Recordatorios ☐ de facturación y pago ☐ Otros: _____

Dirección de correo electrónico: _____

☐ Rechazo recibir comunicaciones por correo electrónico de OINT.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto que:

- He leído y entiendo los riesgos asociados a recibir comunicaciones por correo electrónico sin cifrar que contienen mi información sanitaria protegida (PHI).
- Consiento voluntariamente recibir comunicaciones por correo electrónico de OINT como se ha descrito arriba.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando el OINT por escrito. La revocación no afectará a los correos electrónicos ya enviados en base a este consentimiento.
- Entiendo que OINT utilizará salvaguardas razonables para limitar la PHI incluida en los mensajes de correo electrónico, pero no puede garantizar la confidencialidad una vez que se transmitan los correos.
- Notificaré rápidamente al OINT si mi dirección de correo electrónico cambia.
- Entiendo que OINT desaconseja usar una cuenta de correo proporcionada o compartida por el empleador, ya que otros pueden tener acceso a esos mensajes.
- Entiendo que el correo electrónico no debe usarse para asuntos urgentes o de emergencia. Contactaré con OINT por teléfono o llamaré al 911 según corresponda en caso de emergencia.
- Entiendo que los asuntos de los correos electrónicos no deben incluir diagnósticos ni información sensible.
- Entiendo que una vez que PHI se transmite por correo electrónico, puede que ya no esté protegido bajo HIPAA si otros acceden a través de mi dispositivo, servicio de correo electrónico o cuentas compartidas.

Si tiene alguna objeción a este formulario o pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor solicite hablar con nuestro Responsable de Cumplimiento de HIPAA. Tienes derecho a revisar nuestro aviso de privacidad y a solicitar restricciones sobre el uso de tu PHI. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de OINT está disponible bajo petición en la recepción.



Plazo de consentimiento y revocación

Este consentimiento permanecerá vigente a menos que lo revoque por escrito. La revocación no afectará ninguna comunicación ya realizada en base a este consentimiento.

Nombre del Paciente (por favor impresión)

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Relación con el paciente: ☐ Tutor ☐ legal autoparental ☐

Completa esta sección SOLO si el paciente es menor de edad

Consiento que _____ autorice comunicaciones por texto o correo electrónico para el paciente mencionado anteriormente cuando no esté disponible. Entiendo que esto autoriza a la(s) persona(s) mencionada(s) a recibir mensajes de texto o correo electrónico que contengan la información de interés personal del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoca por escrito.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Testigo

Fecha



Código de Conducta

Con el fin de proporcionar un entorno seguro y saludable para todos, el Instituto Ortopédico del Norte de Texas espera que los visitantes, pacientes y familiares que los acompañan se abstengan de conductas inaceptables que sean disruptivas o que supongan una amenaza para los derechos y la seguridad de otros pacientes y personal.

Están prohibidos los siguientes comportamientos:

1. Hacer amenazas verbales de dañar a otra persona o destruir propiedad
2. Realizando gestos amenazantes
3. Intentar intimidar o acosar a otras personas
4. Hacer declaraciones de acoso, ofensivas o intimidatorias, o amenazas de violencia a través de llamadas telefónicas, cartas, buzón de voz, correo electrónico u otras formas de comunicación escrita, verbal o electrónica
5. Insultos raciales o culturales u otros comentarios despectivos asociados, pero no limitados a, raza, idioma, género o sexualidad

Si eres víctima de alguno de estos comportamientos o presencias de conductas inapropiadas, por favor repórtalo a cualquier miembro del personal. Los infractores pueden ser expulsados del centro y/o expulsados de la consulta.

Nombre del Paciente (por favor impresión)

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha



Consentimiento para Obtener el Historial de Medicación del Paciente

El historial de medicación del paciente es una lista de las recetas que los profesionales sanitarios te han recetado. Diversas fuentes, incluidas farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de esta historia.

La información recopilada se almacena en el sistema de historial médico electrónico de la consulta y pasa a formar parte de tu historial médico personal. El historial de medicación es muy importante para ayudar a los profesionales a tratar adecuadamente tus síntomas y/o enfermedades y evitar interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas.

Es muy importante que tú y tu profesional habléis de todos vuestros medicamentos para asegurarnos de que vuestro historial de medicación registrado sea 100% exacto. Algunas farmacias no disponen de información sobre el historial de recetas, y tu historial de medicación puede no incluir los medicamentos comprados sin utilizar tu seguro médico.

Además, los medicamentos, suplementos o remedios herbales de venta libre que tomes por tu cuenta pueden no estar incluidos.

Doy mi permiso para permitir que mi profesional sanitario obtenga mi historial de medicación en mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores sanitarios.

Nombre del Paciente (por favor impresión)

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Al firmar este formulario de consentimiento, le das permiso a tu proveedor sanitario para recopilar y compartir la información de tu farmacia y de tu aseguradora sobre tus recetas que hayan sido dispensadas en cualquier farmacia o cubiertas por cualquier plan de seguro médico. Esto incluye medicamentos con receta para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental como la depresión.