Su proveedor es un médico de HealthTexas

Baylor Scott & White
HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK

La red de proveedores **HealthTexas Provider Network** es la segunda subsidiaria más grande del Baylor Health Care System. La extensión de nuestra red abarca a casi 800 proveedores que prestan servicios a pacientes en alrededor de 200 instalaciones de cuidados médicos por toda el área del norte de Texas y Fort Worth. Estos proveedores se han comprometido a ofrecerle calidad y servicio excepcional cuando se trata de atender a sus necesidades médicas.

Colocar sus necesidades de atención médica en las manos de un médico de HealthTexas quiere decir que se coordinarán sus cuidados médicos por toda la red de Baylor Health Care System.

Siempre que se atienda con un médico de atención primaria o especializada de HealthTexas, mantendremos su paquete de inscripción lleno y su expediente médico debidamente guardados en nuestro sistema de expedientes médicos electrónicos, permitiéndole así a cualquier médico de HealthTexas tener acceso a la información necesaria para brindarle a usted y su familia la mejor atención médica posible.

Beneficios de pertenecer a la red de proveedores HealthTexas Provider Network:

- **Formularios que se llena una sola vez**
  Los formularios de inscripción que está llenando hoy solo deberá **llenarlos una sola vez**.
- **Sistema de expedientes médicos electrónicos**
  Este sistema guarda sus expedientes médicos (así como la información sobre medicamentos, alergias u otros problemas médicos que pueda tener) y permite que los médicos puedan acceder fácilmente a referencias, consultas y materiales educativos para los pacientes.
- **Atención médica mejor coordinada**
  Nuestras instalaciones de atención primaria han sido reconocidas por el comité nacional de promoción de calidad National Committee for Quality Assurance (NCQA) como hogares médicos centrados en el paciente (o en inglés, Physician Connections-Patient-Centered Medical Homes [PPC-PCMH]). De esta manera nuestros médicos pueden coordinar fácilmente sus cuidados médicos a través de toda nuestra red de especialistas, laboratorios y hospitales, según sus necesidades especiales.

Le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y por haber elegido a un médico de HealthTexas para satisfacer y dar seguimiento a sus necesidades de atención médica. Consulte nuestro listado de consultorios en **www.healthtexasdoctors.com**.

Patient-Centered Medical Home
NCQA
RECOGNIZED PRACTICE

Los médicos son empleados de la red HealthTexas Provider Network, una filial de Baylor Health Care System. ©2012 Baylor Health Care System. BID HTPN_1774 12.12

Gracias por elegir nuestro consultorio.

Esperamos con anhelo brindarle una atención médica profesional en un ambiente amigable y acogedor. Para colaborar mejor con usted al prestarle cuidados médicos, hemos delineado las siguientes expectativas dirigidas a promover una relación ideal entre proveedor y paciente.

Prometemos:

- Tratar a los pacientes con respeto y dignidad.
- Conocer a las personas y el problema médico que presentan.
- Colaborar con nuestros pacientes a la hora de tomar decisiones médicas.
- Mantenernos involucrados, escuchar y explicar claramente las situaciones a nuestros pacientes para que el tiempo que pasen con nosotros supere sus expectativas.
- Hacer que cada paciente se sienta como si fuera nuestro único paciente.
- Hacer que los pacientes se sientan que estamos de su lado porque no es posible brindar una atención médica eficaz con puntos de vista opuestos.
- Atender las llamadas telefónicas con prontitud.
- Ser puntuales y respetar el tiempo de nuestros pacientes tanto como el nuestro.
- Agradecer a los pacientes por esperar cuando nos atrasamos.
- Respetar la privacidad de los pacientes.
- Ganarnos la lealtad del paciente con nuestra conducta.

Lo que necesitamos de usted:

- Tratar a los demás con cortesía, respeto y dignidad.
- Ser paciente y comprensivo.
- Informar a nuestro consultorio todo cambio pertinente en su información de contacto y estado médico, y en sus medicamentos, otros proveedores de atención médica, su seguro médico y empleo.
- Llegar a tiempo a las citas programadas.
- Llamar al consultorio en cuanto se entere de que no podrá acudir a una cita o que llegará tarde.
- Pagar por los servicios prestados.
- Seguir el plan de tratamiento acordado e informarle a su equipo de atención médica cualquier cambio que surja.
- Hacer preguntas si no entiende las instrucciones y los procedimientos.

Misión

Brindar la mejor experiencia y el valor máximo posible al paciente por medio de servicios de calidad, seguros, accesibles y rentables, reforzados con educación e investigación médica en colaboración con Baylor Scott & White Health.

Visión

Mejorar la salud y el bienestar de aquellos a quienes servimos.

Valores

Integridad	Trabajo en equipo	Innovación
Servicio	Excelencia	Administración

Baylor Scott & White
HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK

Los médicos son empleados de HealthTexas Provider Network, un miembro de Baylor Scott & White Health.
©2018 Baylor Scott & White Health. HTPN_4102_2018 BID

Demográficos y seguro médico del paciente

BaylorScott&White HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK

Acct #

Información del paciente

Nombre del paciente: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Alias
Dirección: (Calle o apartado)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléf. domicilio ☐ Principal	Teléf. trabajo ☐ Principal	Teléf. celular ☐ Principal ☐ Sí, puede comunicar información por mensajes de texto SMS para recordadorios de citas.	
Correo electrónico (nos permite mandarle mensajes importantes.)	Estado civil (marque uno) ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a		
Núm. seguro social	Sexo (marque uno) ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento	
Empleador	Dirección del empleador		
Médico de atención primaria / Núm. de teléfono	Médico que refiere / Núm. de teléfono		

¿Cómo se enteró del médico que lo atenderá hoy? ☐ Cartelera ☐ Evento comunitario/feria de la salud ☐ Televisión ☐ Promoción digital/internet ☐ Amigo o familiar ☐ Material impresa/postal ☐ Programa *New Neighbors* ☐ Noticiero/Programa ☐ Periódico/anuncio de revista ☐ Remisión de un médico ☐ Comercial de radio

Llene esta sección solamente si el paciente es menor de edad

Parte responsable

Nombre del paciente: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Alias
Dirección: (Calle o apartado)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléf. domicilio	Teléf. trabajo	Teléf. celular	
Correo electrónico (nos permite mandarle mensajes importantes.)	Estado civil (marque uno) ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a		
Núm. seguro social	Sexo (marque uno) ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento	

Información de seguro y del afiliado

Seguro médico **primario**	Fecha de entrada en vigencia	Seguro médico **secundario**	Fecha de entrada en vigencia
Dirección postal para reclamaciones		Dirección postal para reclamaciones	
Ciudad / Estado / Código postal		Ciudad / Estado / Código postal	
Núm. ident. de póliza	Núm. ident. de grupo	Núm. ident. de póliza	Núm. ident. de grupo
Afiliado (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	Afiliado (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento
Núm. seguro social del afiliado	Relación con el paciente	Núm. seguro social del afiliado	Relación con el paciente
Empleador del afiliado	Teléf. trabajo	Empleador del afiliado	Teléf. trabajo
Dirección del empleador del afiliado		Dirección del empleador del afiliado	
Ciudad / Estado / Código postal		Ciudad / Estado / Código postal	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED, ASÍ COMO LA FORMA EN QUE PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Entienda su expediente e información médica

Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Tenemos el compromiso de proteger la información médica acerca de usted.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe las prácticas de privacidad de Baylor Scott & White Health ("BSWH") y de sus Entidades Cubiertas Afiliadas ("BSWH ACE") que son miembros. Las Entidades Cubiertas Afiliadas ("ACE") constituyen un grupo de entidades cubiertas, proveedores de atención médica y plan de salud Bajo una propiedad o control común, que se designa a sí misma como una sola entidad para fines de cumplimiento con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad ("HIPAA"). Los miembros de BSWH ACE compartirán la Información Médica Protegida ("PHI") entre ellos mismos para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de BSWH ACE, y según lo permita la HIPAA y este aviso. Como una ACE, BSWH puede agregar o eliminar entidades cubiertas como parte del BSWH ACE. Para obtener una lista completa de los miembros de BSWH ACE, visite nuestro sitio web en www.BSWHealth.com/PrivacyMatters. La lista también se proporcionará a solicitud en nuestras instalaciones, o comuníquese con nosotros a nuestro número gratuito 1-866-218-6920.

Este Aviso le informará acerca de las maneras en que podríamos utilizar y revelar la información médica acerca de usted, así como la forma en que puede obtener acceso a esta información. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y a la revelación de información médica.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos, así como algunas de las responsabilidades que tenemos de ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de sus expedientes

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de sus expedientes médicos y de otra información que tengamos acerca de usted haciendo lo siguiente:
  - Comuníquese con el Departamento de Administración de la Información Médica directamente en el hospital o clínica ambulatoria donde recibió atención.
  - Si es miembro del plan de salud, llame a la línea de defensa para los usuarios de Scott & White Health Plan ("SWHP") al 254-298-3000 o al número sin costo 1-800-321-7947, o bien escriba a 1206 West Campus Drive, Temple, TX 76502, ATTN: Customer Advocacy.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, de conformidad con los requisitos estatales y federales correspondientes. Es posible que le cobremos una cuota razonable basada en los costos.
- Usted puede revocar cualquier autorización para usar o revelar su información médica, excepto en el caso en que dicha acción ya haya sido emprendida por contar con dicha autorización. Para revocar su autorización, haga lo siguiente:
  - Envíe una notificación por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201.

Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica acerca de usted que piense que está incorrecta o incompleta.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le informaremos las razones por escrito en un plazo máximo de 60 días.
- Para solicitar una modificación, haga lo siguiente:
  - Envíe un aviso por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201.

Solicite comunicados confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en una forma específica (por ejemplo, a su teléfono particular o del trabajo) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Accederemos a todas las solicitudes razonables.
- No le preguntaremos cuáles son las razones de esas solicitudes.
- Para solicitar un comunicado confidencial, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No es obligatorio que estemos de acuerdo con su solicitud, y podríamos rechazarla si esto afecta su atención.
- Para solicitar esta restricción, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros por escrito a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201.
- Si paga un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo por completo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su asegurador médico para recibir el pago de nuestras operaciones. Siempre accederemos, a menos que exista una ley que requiera que compartamos esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- Puede pedir una lista (cálculo) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud; esto incluye con quién y por qué la compartimos.
- Incluiremos todas las revelaciones, a excepción de las relacionadas con tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otras ciertas revelaciones (como las que nos haya pedido hacer). Le proporcionaremos una lista anual gratuita, pero si nos pide otra antes de que transcurran 12 meses, le cobraremos una cuota razonable basada en costos.
- Para solicitar una lista de aquellos con quienes hemos compartido información, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros por escrito a Oficina de Cumplimiento de HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si estuvo de acuerdo en recibir la copia de manera electrónica. Le entregaremos una copia en papel con prontitud.
- También puede ver una copia de este aviso en nuestros sitios web para miembros de BSWH y SWHP.

Elija a alguien que actúe por usted

- Si le entregó a alguien un poder legal médico o si alguien es un guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
- Antes de emprender ninguna acción, nos aseguraremos de que esa persona cuente con esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

Presente una queja si siente que se violaron sus derechos de privacidad

- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos de privacidad. Para ello, haga lo siguiente:
  - Comuníquese con nosotros al número gratuito 1-866-218-6920, visite www.BSWHealth.com/PrivacyMatters o hágalo por escrito a la Oficina de Cumplimiento de HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al número gratuito 1-877-696-6775, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- También se puede comunicar al siguiente lugar en caso de preguntas u otras quejas:
  - En la clínica ambulatoria directamente, o al Departamento de Relaciones con los Pacientes del hospital donde recibió la atención, llamando al número gratuito 1-866-218-6919.
- En caso de que tenga preguntas u otras quejas relacionadas con la cobertura del plan médico:
  - Los miembros de SWHP se pueden comunicar a la Línea de Defensoría de los Clientes al 254-298-3000 o llamen gratis al 1-800-321-7947.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede decirnos lo que prefiere que compartamos. Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas anteriormente, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En los siguientes casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención.
- Que compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Que incluyamos su información en un directorio de hospital.
- Que nos comuniquemos con usted para recaudación de fondos.

Si no puede decirnos cuál es su preferencia si, por ejemplo, está inconsciente, podríamos compartir su información si pensamos que es por su bien. También es posible que compartamos su información cuando esto sea necesario para aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

Nunca compartiremos su información, a menos que nos dé permiso por escrito, en los siguientes casos:

- Con fines de comercialización.
- Para vender su información.
- Para compartir las notas de psicoterapia.

Recaudación de fondos

- Podríamos comunicarnos con usted para nuestros esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo hagamos de nuevo al informarnos de su deseo de que lo borremos de cualquier comunicado de recaudación de fondos posterior.
- La información sobre cómo borrarse se incluirá en cualquier comunicado de recaudación de fondos que pudiera recibir.

CÓMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud? Normalmente usamos o compartimos información de salud de las siguientes maneras.

Para darle tratamiento

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén dando tratamiento.

Ejemplo: un médico que le está dando tratamiento por una lesión le pregunta a otro acerca de su condición médica general.

- Podríamos usar su información de salud para darle información acerca de alternativas de tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle.

Para administrar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: usamos información médica acerca de usted para administrar su tratamiento y servicios.

- Podemos usar y compartir su información médica según sea necesario para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con ofrecerle y administrar su seguro de atención médica.

Ejemplo: podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de administración de enfermedades o de bienestar que pueda ayudar a mejorar su salud, o podríamos analizar la información para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.

Comunicados acerca de alternativas de tratamiento y recordatorios de citas

- Podríamos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios acerca de sus citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud que pudieran interesarle.

Cobro de nuestros servicios

- Podemos utilizar y compartir su información médica para cobrar y obtener el pago de planes médicos u otras entidades.

Ejemplo: le damos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que pague nuestros servicios.

Para pagos

- Podemos utilizar y compartir su información médica para el pago de las primas que se nos adeudan, para determinar su cobertura y para el pago de los servicios de atención médica que reciba.

Ejemplo: podríamos decirle a un médico que usted es elegible para cobertura, así como el porcentaje de la factura que podría estar cubierto.

Con fines de aseguramiento

- Podríamos usar o compartir su información médica con fines de aseguramiento; sin embargo, no usaremos ni compartiremos su información genética con esos fines.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o tenemos obligación de compartir su información de otras maneras, usualmente en formas que contribuyan al bienestar del público, como las que se mencionan a continuación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda en caso de problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como las siguientes:

- Para prevenir enfermedades.
- Para ayudar en las retiradas de productos.
- Para reportar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para reportar las sospechas de abuso, abandono o violencia intrafamiliar.

- Para prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o la seguridad de cualquiera.

Vacunación de estudiantes para las escuelas
- Podríamos revelar evidencia de las vacunas de sus hijos a sus escuelas con su permiso verbal o por escrito.

Investigaciones
- Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Podríamos revelarle a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos en alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos de los mismos, o como información de vigilancia posterior a la comercialización que permita la retirada, las reparaciones o los reemplazos de productos.

En cumplimiento con la ley
- Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea asegurarse de que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

En respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Podemos compartir información de salud acerca de usted con las organizaciones proveedoras de órganos.

Al trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando una persona muera.

En respuesta a peticiones de compensación para trabajadores, de las fuerzas de la ley y de otras dependencias gubernamentales

Podemos utilizar o compartir la información médica acerca de usted en los siguientes casos:
- Para reclamaciones de compensación para trabajadores.
- Con fines de aplicación de la ley con un oficial de la ley.
- Con organizaciones supervisoras médicas para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

En respuesta a demandas de acciones legales
- Podemos compartir información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio.

Intercambio Electrónico de Información Médica (HIE)
- Mantenemos información electrónica médica acerca de usted que proviene de otros proveedores o entidades de atención médica que no forman parte de nuestro sistema de salud, pero que le han dado tratamiento, y esta información también se almacena en el HIE.
- Nuestro sistema de salud y estos otros proveedores pueden utilizar el HIE para ver su información de salud electrónica, con los fines descritos en este aviso, para coordinar su atención y según lo permita la ley.
- Vigilamos a las personas que pueden ver su información, pero las personas y entidades que utilizan el HIE podrían revelar su información a otros proveedores.
- Puede pedir que lo borren del HIE por medio de una solicitud por escrito dirigida a la Oficina de Cumplimiento con HIPAA, 2001 Bryan St., Suite 2200, Dallas, TX 75201. Si solicita que lo borren, su información continuará almacenándose en el HIE, pero no será posible verla a través de este sistema.
- En cualquier momento puede volver a incluirse en el HIE.
- No es necesario que participe en el HIE para recibir atención.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le avisaremos oportunamente si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos obedecer las responsabilidades y prácticas de privacidad descritas en este aviso, y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información, además de lo que hemos descrito en el presente, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Díganos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a las condiciones de este aviso

Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, así como en los sitios web para los miembros de BSWH y SWHP.

Fecha de vigencia: diciembre de 2018