



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Ridsen, MD

Nombre _____ Fecha: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Si usa otro nombre distinto a su nombre legal, por favor indíquelo aquí: _____

Dirección: _____ Apt./Condo #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

¿A qué número prefiere que se le llame? _____ Podemos dejarle mensaje: Sí No

Medio de comunicación que prefiere TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO TEXTO

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS #: _____ Sexo: _____

Raza _____ Etnia _____ Idioma _____

¿A quién viene a ver hoy? Charles Downey, MD Carol Norton, MD Jan Ridsen, MD
 Cori Poovey, NP Daphne McDonald, NP

Nombre del asegurado/a (usted, cónyuge, padre, madre, etc.): _____

Fecha de nacimiento del asegurado/a: _____ SS #: _____

¿Dónde trabaja el asegurado/a?: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, notificar a: _____ Teléfono: _____

Relación con la paciente: _____ Otro número de tel.: _____

Farmacia de su preferencia: _____ Teléfono: _____

¿Cómo supo de nuestro consultorio? _____

Si fue referida, ¿quién la refirió? _____

Su médico de atención primaria o médico general: _____ Teléfono: _____

¿Tiene un testamento en vida o directriz anticipada: Sí No

Por favor, el día de la cita traiga consigo la tarjeta del seguro médico, su licencia de conducir o una identificación con foto y una tarjeta de crédito. Estos documentos son necesarios para tramitar con la compañía de seguros el pago de nuestros servicios.

AVISO: Las citas se reprogramarán por las siguientes razones:

- La paciente llega a la cita con más de 15 minutos de atraso.
- La paciente no puede pagar el costo de la visita.
- La paciente llega con niños (excepto bebés recién nacidos) que necesitan ser supervisados por nuestro personal.
- Para que el personal pueda manejar mejor el volumen de pacientes o como una cortesía a las pacientes.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____



**WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON**

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

Nombre _____ Edad _____ Última menstruación _____

Razón de su visita _____

¿Tiene actualmente problemas de (por favor, encierre sus respuestas en un círculo)?:

Piel:	Acné	Verrugas	Hematomas	Salpullido ¿Dónde?: _____
Vista:	No usa lentes	Usa lentes	Usa contactos	Cirugía láser
Audición:	Usa audífono	No usa audífono	Deficiencia auditiva	
Menopausia:	Calores	Irritabilidad	Sudoración nocturna	Resequedad vaginal
Mamas:	Dolor	Masas	¿Se auto-examina las mamas mensualmente?	Sí No A veces
Corazón:	Palpitaciones	Dolor en el pecho		
Pulmones:	Tos	Dificultad para respirar con poca actividad		
Intestinos:	Constipación	Diarrea	Náusea	Vómitos Sangrado rectal
Sist. Urinario:	Frecuencia	Urgencia	Ardor	Dolor Incontinencia
Vagina:	Picazón	Ardor	Secreción	Olor
Peso:	Estable	Aumentó	Disminuyó	¿Cantidad el último año? _____ lb.
Psiquiátricos:	Síndrome premenstrual	Depresión	Ansiedad	Cambios de humor Insomnio
Neurológicos:	Dolor de cabeza	Mareos		
Huesos/músculos:	Dolor en las articulaciones		Dolor muscular	¿Dónde? _____

Historial de su menstruación: Histerectomía Menopausia

Si todavía menstrua: ¿Cada cuántos días? _____ ¿Cuántos días le dura? _____

Problemas actuales con su menstruación: Sangrado excesivo Dolor Coágulos Sangrado entre periodos

Fecha de su último Papanicolau: _____ Normal Anormal

Fecha de su última mamografía (si aplica) _____ ¿Dónde? _____

Sexualmente activa: Sí No actualmente Nunca ¿Alguna preocupación? Dolor Sangrado Resequedad

Parejas sexuales Hombres Mujeres Ambos

Método anticonceptivo: Innecesario Ninguno Condón Píldora/Parche/Anillo Inyección Ligadura de tubos Dispositivos intrauterinos Vasectomía Otro

Médico de atención primaria (PCP): _____

¿Podemos intercambiar información médica con su médico? Sí No

Historial obstétrico:

¿Cuántos embarazos? _____ ¿Cuántos partos? _____

¿Cuántos hijos vivos? _____

Tipo de parto: Cesárea - ¿Cuántas? _____ Parto vaginal - ¿Cuántos? _____ Bebé más pesado: _____ lb. _____ oz.

Alguna vez ha tenido (en caso afirmativo, por favor especifique cuántas veces):

Aborto espontáneo: _____ Embarazo ectópico: _____ Terminación del embarazo: _____

2821 E. Pres George Bush Hwy, Suite 400 Richardson, TX 75082

Oficina: 972-231-9144 Fax: 972-231-9174

www.wharichardson.com



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

Historial ginecológico

Por favor, indique si alguna vez se ha sometido a alguno de los siguientes procedimientos y en qué año:

Histerectomía: Abdominal Vaginal Ovarios removidos Año _____

Laparoscopia para: Ovario Dolor pélvico Endometriosis Otro Año _____

Ligadura de tubos: Laparoscópica Histeroscópica Posparto Año _____

Mamas: Implantes (debajo o encima del músculo) Reducción Biopsia Año _____

Útero/cérvix: Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) Cono cervical

Crioterapia (congelamiento) Dilatación y Curetaje Año _____

Otros procedimientos ginecológicos (por favor, indique):

¿Alguna vez ha tenido un examen de Papanicolaou anormal? Sí No

Año del Papanicolau anormal: _____

Tratamiento: Repetición del examen Colposcopia / biopsia Crioterapia LEEP / cono Otro

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____

Si está en la menopausia, ¿qué edad tenía cuando tuvo su última menstruación? _____

Enumere los métodos anticonceptivos o terapia de reemplazo hormonal que ha utilizado en el pasado:

Número de parejas sexuales masculinas que ha tenido: 0 1 - 4 5 - 10 11 - 20 > 20

INFECCIONES: ¿Tiene actualmente o ha tenido alguna de las siguientes (por favor, indique el año)?

Clamidia Gonorrea Verrugas Virus del Papiloma Humano (VPH)

Tricomonas Sífilis Herpes (¿cuántas erupciones al año? _____)

¿Tiene antecedentes de abuso físico o sexual o problemas en su relación actual? Sí No

Historial médico: (hipertensión, diabetes, asma, heridas, transfusiones de sangre, etc.)

Diagnóstico	Fecha	Médico
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Cirugías no ginecológicas (Colonoscopia, vesícula biliar, apéndice, etc.)

Cirugía	Fecha	Diagnóstico
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

Vacunas (indique la fecha)

Tétano _____ Hepatitis B _____ VPH (Gardasil) _____

Alergias a medicamentos: (sulfa, penicilina, miacina, etc.)

Medicamento	Reacción (picação, dificultad para respirar, urticaria, etc.)

¿Es alérgica a: Yodo Maní Látex?

Medicamentos actuales:

Medicamento	Fecha	Dosis	Diagnóstico
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Vitaminas: Ninguna Calcio Multivitaminas Vit B Vit C Vit E Vit A Hierro Otras:

Medicamentos sin receta médica: _____

Suplementos herbales / naturales: _____

Historia social:

Ocupación: _____

Educación (encierre en un círculo): Secundaria Universidad Postgrado Otro _____

Estado civil: Soltera Comprometida Casada Viuda Separada Divorciada

Vive con: Sola Familia Compañero/a de cuarto Esposo Prometido Otro

Tipo de dieta: Regular Baja en grasa / Carbohidratos / Colesterol Diabética Vegetariana Otra

Hace ejercicios: No Sí

Tipo: Cardio Pesas Otro _____ # de días a la semana: _____

Fuma: No Sí Cuánto: _____ paquete(s) al día por _____ años

Fumaba: No Sí Cuánto: _____ paquete(s) al día por _____ años.

Año en que dejó de fumar: _____

Alcohol: No Sí _____ (#) cada día semana mes año

Cafeína: No Sí Cantidad al día: _____

Usa drogas: No Sí Tipo y frecuencia: _____

¿Tiene preparado un testamento de vida (directriz anticipada)? Sí No

Historia familiar:

Madre: Vive Falleció (Causa: _____)

Padre: Vive Falleció (Causa: _____)



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

Enfermedad:	Maternal	/	Paternal	Familiar
Cáncer de mama	M		P	_____
Cáncer uterino	M		P	_____
Cáncer de ovario	M		P	_____
Cáncer de colon	M		P	_____
Osteoporosis	M		P	_____
Coágulos	M		P	_____
Ataque cardiaco	M		P	_____
Presión alta	M		P	_____
Colesterol alto	M		P	_____
Derrame	M		P	_____
Diabetes	M		P	_____
Problemas de tiroides	M		P	_____
Depresión	M		P	_____
Defectos congénitos / de nacimiento		M	P	_____
Otro _____				_____

Preventivos	Fecha	Médico que ordenó el examen
Examen de sangre		
Densitometría ósea		

Si al hacerse un examen de rutina el resultado es "anormal", es posible que haya que realizar exámenes adicionales que seguramente estén sujetos al deducible de su seguro. Esto incluye exámenes que se hacen en su "visita anual".

Normalmente hacemos la prueba de Clamidia junto con el examen de Papanicolaou si la paciente tiene 25 años o menos, conforme a las recomendaciones de ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists).

Normalmente hacemos la prueba para detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH) junto con el examen de Papanicolaou cada tres años si la paciente tiene 30 años o más, conforme a las recomendaciones de ACOG y de la Sociedad Americana de Cáncer.

Si no desea someterse al examen de VPH, marque aquí: _____

¿Está interesada en hacerse exámenes para detectar enfermedades de transmisión sexual? (Es recomendable que antes de hacerse los exámenes llame a su compañía de seguros para verificar la cobertura) _____ Sí _____ No

¿Tiene alguna preferencia en cuanto al laboratorio donde se hará el examen de sangre? Sí No
Depende de mi seguro

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál laboratorio? *LabCorp* *Quest*

Firma: _____

Fecha: _____



**WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON**

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO

***El siguiente es un consentimiento general para recibir cualquiera de los servicios médicos que ofrece este consultorio, es decir, examen de mamas, pélvico, Papanicolaou. Si su plan de tratamiento requiere procedimientos adicionales, se le pedirá su consentimiento específico para esos procedimientos.*

*El consentimiento que leerá a continuación fue redactado por la Asociación Médica de Texas y exige que todos los médicos obtengan el consentimiento de sus pacientes para recibir tratamiento. ***

"Yo, consciente de que tengo una condición que requiere de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, por este medio doy voluntariamente mi consentimiento para que se me someta a tales tratamientos y para recibir cualquier servicio médico o quirúrgico de acuerdo con las indicaciones generales y específicas de las doctoras de Women's Health Associates of Richardson, sus asistentes, o la persona que ellas asignen, según lo estimen necesario.

También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que Women's Health Associates of Richardson no me ha dado ninguna garantía del resultado de los tratamientos o exámenes que se me practiquen".

--Asociación Médica de Texas.

Asignación de los beneficios del seguro

Por este medio autorizo el pago directo de los beneficios médicos/quirúrgicos a Women's Health Associates of Richardson por los servicios que me brinden en persona o bajo su supervisión. Entiendo que soy responsable de todos los cargos o de cualquier saldo que mi aseguradora no cubra.

Autorización para divulgar información

Por este medio autorizo a Women's Health Associates of Richardson para que divulgue cualquier información médica o incidental que sea necesaria para mi cuidado médico o para procesar el pago por los servicios médicos que reciba.

Medicare/Medicaid

Certifico que la información que he dado para solicitar el pago es correcta. Autorizo la divulgación de mi expediente médico cuando sea solicitado. Pido que el pago de mis beneficios se haga a Women's Health Associates of Richardson, el Dr. Charles Downey, la Dra. Carol Norton o la Dra. Jan Risdén.

La fotocopia de estos documentos será tan válida como su original.

Nombre de la paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre / Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risten, MD

POLÍTICA FINANCIERA

En Women's Health Associates of Richardson estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Que usted comprenda perfectamente sus responsabilidades financieras es esencial para la atención y el tratamiento que reciba. Si tiene alguna duda acerca de la política que describimos a continuación, por favor, no dude en preguntarnos.

Con respecto a los planes de seguros en los que participamos, la porción predeterminada de los cargos que usted debe pagar de acuerdo con su aseguradora, debe ser cancelada **al momento de la cita**. Para su conveniencia, aceptamos VISA, MasterCard y Discover. **Mantenemos en nuestros archivos una copia de su tarjeta de crédito que será utilizada para pagar cualquier saldo en su cuenta que tenga más de 30 días**. Al firmar este documento, usted nos autoriza a usar su tarjeta de crédito para tal fin.

Su seguro

Nosotros hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y otros planes de salud para ofrecer una serie de beneficios. Nosotros le cobramos a los planes con los que hemos hecho arreglos previos y solo le exigiremos a usted pagar el co-pago autorizado al momento de recibir los servicios médicos.

Si usted está cubierta por un seguro con el cual nosotros no hemos hecho un acuerdo previo, usted deberá pagar el costo total de la consulta al momento de recibir los servicios, y le daremos los documentos necesarios para que usted solicite el reembolso a su aseguradora.

Nosotros nos esforzamos por cumplir con los requisitos establecidos por su aseguradora. Sin embargo, cada contrato es diferente. Si usted no nos informa de algún requisito especial en su plan y en consecuencia le brindamos un servicio o tratamiento que la aseguradora decide no pagar, no nos queda otra opción más que cobrarle a usted directamente por esos servicios. Nosotros hacemos todo lo posible por solicitar el pago a la aseguradora. Lamentablemente, si no recibimos el pago en un máximo de 60 días, usted será responsable de pagarnos. Por lo tanto, exhortamos a nuestras pacientes a que ayuden a que sus aseguradoras nos paguen.

Si su cobertura de seguro cambia, usted es responsable de notificarnos por lo menos 48 horas antes de su próxima cita. De no hacerlo, es posible que deba posponer la cita.

Pacientes menores de edad

En el caso de los servicios brindados a pacientes menores de edad, acudiremos al acompañante adulto y al padre acudiente o guardián para el pago. No divulgaremos información confidencial al padre o guardián sin el consentimiento verbal y escrito de la menor.

Cambio de cita

Por favor llámenos lo más pronto posible si sabe que va a tener que cambiar la fecha de su cita. **Se le aplicará un recargo de \$25 o \$50 si no nos avisa con 24 horas de anticipación.**

He leído y comprendido la política financiera de este consultorio y acepto respetar sus términos. También comprendo y acepto que el consultorio podrá modificar dichos términos de tiempo en tiempo.

Firma de la paciente o persona responsable

Fecha

Firma de la persona co-responsable

Nombre de la paciente (en imprenta)

Fecha de nacimiento



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

**ACUSO DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y REVISIÓN DE LAS RESTRICCIONES
SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL**

He recibido y leído **este Aviso sobre Prácticas de Privacidad** de Women's Health Associates of Richardson (WHAR), el cual explica cómo se utilizará y divulgará la información sobre mi salud, es decir, mi información médica. Además, he recibido una copia de este **Acuso de Recibo del Aviso sobre Prácticas de Privacidad**. Puedo incluir los nombres de la(s) persona(s) -- amigos, familiares, cónyuge, etc. — que quiero que tengan acceso a mi información médica. Entiendo que mi médico general tendrá acceso a mi información por medio del portal electrónico de Women's Health Associates of Richardson, a menos que yo indique lo contrario en este documento.

Al firmar este documento, confirmo que he leído el aviso de sobre las Prácticas de Privacidad de WHAR e identifico a las personas que, aparte de mí, pueden tener acceso a mi información médica.

- ¿Cuál es su ciudad de nacimiento? _____ . (Usted o cualquiera que llame por usted deberá contestar esta pregunta. Esta medida de seguridad tiene el fin de garantizar la privacidad de la paciente y a la vez permitimos brindar información personal por teléfono).
- No quiero que nadie tenga acceso a mi información médica. Yo soy la única persona que debe tener acceso a esta información.
- Acuerdo y acepto que “mi esposo solamente” tenga acceso a mi información médica.
- La paciente tiene menos de 18 años de edad y comprende que su representante legal tiene acceso a su información médica y que su representante legal firma este documento.
- Quiero que la/s persona/s que menciono a continuación tengan acceso a mi información:
Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____
- No quiero que mi médico general tenga acceso a mi información.
- Es aceptable que me dejen mensajes detallados en el siguiente número de teléfono:
(_____) _____ Casa Trabajo Celular

Nombre de la paciente (en letra imprenta)

Firma de la paciente **SI NO ES MENOR DE EDAD**

Firma del representante legal/personal **SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD**

Relación del representante legal/personal con la paciente

Fecha:



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risten, MD

Autorizo a esta clínica a tener acceso a mi historial de recetas médicas.

Nombre de la paciente (en imprenta)

Fecha

Firma de la paciente

El resto de este formulario es opcional.

Estamos obligados a hacerle las siguientes preguntas para cumplir con los requisitos federales de los expedientes médicos electrónicos.

IDIOMA PRINCIPAL: _____

ETNIA : Hispana o Latina No Hispana o Latina

RAZA: Amerindia u oriunda de Alaska
 Asiática
 Negra o Afro-Americana
 Oriunda de Hawai o de otra isla del Pacífico
 Blanca



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Ridsen, MD

Charles R. Downey, M.D.

Carol B. Norton, M.D.

Jan S. Ridsen, M.D.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD PUEDE SER USADA O DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos obligan a mantener la privacidad de su información médica. También nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información médica. Tenemos el deber de respetar las prácticas descritas a continuación mientras estén vigentes. Estas prácticas fueron revisadas el **19 de agosto de 2013** y permanecerán en efecto hasta que sean reemplazadas.

Todo el personal de Women's Health Associates of Richardson (WHAR) ha leído y firmado una *Declaración de Confidencialidad*. Este documento exige que todos los empleados que tengan acceso a la información médica la utilicen de manera confidencial, ya que esta información está protegida por la ley y por las políticas de privacidad de este consultorio.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Antes de hacer cualquier cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y pondremos la versión actualizada a disposición de todas nuestras pacientes.

Su derecho a recibir copia impresa de este aviso

Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas, o para copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información que aparece al final de este documento. También puede leerlo en nuestro sitio de internet: www.wharichardson.com.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación se describen las diferentes situaciones en que podemos usar y divulgar su información. Con excepción de los casos que se mencionan a continuación, solamente usaremos o divulgaremos su información si contamos con su permiso por escrito. Usted puede solicitar por escrito a nuestra Oficina de Privacidad la revocación de dicho permiso en cualquier momento.

Tratamiento: Nosotros podemos usar y divulgar su información médica a todas las personas que estén involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información con doctores, enfermeras, personal técnico, etc., incluyendo personas fuera de este consultorio que estén involucradas en su cuidado y necesiten la información para brindarle atención médica.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para poder cobrar por los servicios que le brindemos. Por ejemplo, podemos llenar un formulario de reclamo para que su compañía de seguros nos

2821 E. Pres George Bush Hwy, Suite 400 Richardson, TX 75082
Oficina: 972-231-9144 Fax: 972-231-9174
www.wharichardson.com



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Ridsen, MD

pague. Este reclamo incluirá información médica como la descripción de los servicios que le hemos brindado, la cual es necesaria para que su compañía de seguros apruebe el pago.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o divulgar su información para propósitos de atención médica. Por ejemplo, podemos contratar servicios profesionales que ayuden a esta clínica a llevar a cabo sus diferentes programas. Esta persona podrá revisar nuestros archivos médicos y financieros para poder garantizar que cumplimos con todas las leyes aplicables.

Personas involucradas en su cuidado o que pagan por su cuidado:

A menos que usted se oponga, podemos compartir con su esposo, algún familiar, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información médica que se relacione directamente con el tratamiento que recibe de esa persona. Por ejemplo, hacer citas para usted, llamar por usted a nuestro consultorio o estar presente mientras la doctora la examina. Podemos usar o divulgar su información para notificar o ayudar a notificarle a un familiar, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, acerca de su paradero, condición general o fallecimiento. Finalmente, podemos usar o revelar su información a una entidad autorizada, pública o privada, para facilitar las tareas de rescate en situaciones de desastres, y coordinar el uso y divulgación de información con sus familiares y otras personas involucradas en su cuidado.

Usted puede hacer una lista de las personas con quienes Women's Health Associates of Richardson puede comunicarse sin necesidad de que llene formularios adicionales. Usted puede modificar esta lista en cualquier momento por escrito. Usted puede indicar quiénes son las personas autorizadas para tener acceso a su información en el formulario de *Acuso de Recibo del Aviso sobre Prácticas de Privacidad*.

Recordatorio de citas, opciones de tratamiento y otros servicios y beneficios

Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo regular o correo electrónico para recordarle sus citas, darle información sobre posibles tratamientos o cualquier otro beneficio relacionado con su salud que pueda interesarle.

DIVULGACIÓN QUE PODEMOS HACER SIN SU AUTORIZACIÓN

Hay ciertas situaciones en las que se nos permite divulgar su información médica sin su autorización escrita o sin que usted pueda objetar. En otras situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica relacionada con usted. Si usted accede a firmar una autorización para que divulguemos su información, usted puede revocar, por escrito, dicha autorización más adelante a fin de evitar que divulguemos más información en el futuro. Sin embargo, la revocación no se aplicará a divulgaciones o usos de su información ya realizados que contaban con autorización previa. Divulgaremos su información cuando así nos lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Salud Pública, Abuso o Negligencia, y Vigilancia Médica: Podemos divulgar su información médica para asuntos de salud pública. Las actividades de salud pública son realizadas por el gobierno local, estatal o federal para recaudar información acerca de alguna enfermedad o estadísticas vitales (como nacimientos o muertes). Podemos divulgar información médica, si lo autoriza la ley, a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad o esté en peligro de contraer o contagiar una enfermedad. Podemos divulgar su información para reportar reacciones a medicamentos, problemas con algún producto o para informar a las personas del retiro del mercado de productos que estén usando.



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risten, MD

Debido a que las leyes de Texas exigen que los médicos reporten casos de abuso de menores o negligencia, podemos divulgar información a la agencia pública responsable de recibir estos reportes. Las leyes de Texas también exigen que se notifique a las autoridades cuando se tiene sospechas de que una persona anciana o discapacitada es víctima de abuso, negligencia o explotación. Las regulaciones de privacidad permiten la divulgación de información para reportar casos de negligencia o abuso de ancianos o personas discapacitadas.

Podemos darle su información médica a una agencia supervisora de asuntos de salud para ciertas actividades permitidas por la ley como, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones o solicitudes de licencias, que son todas llevadas a cabo por agencias gubernamentales para vigilar el sistema de atención médica y el cumplimiento de otras leyes, tales como las leyes sobre derechos civiles.

Socios Comerciales: Para poder ofrecer servicios a nuestras pacientes, es posible que un Socio Comercial tenga contacto con información médica de una paciente o miembro de nuestro personal. Es por esto que exigimos a nuestros Socios Comerciales que firmen un acuerdo en el que se comprometen a respetar todas las prácticas de privacidad de Women's Health Associates of Richardson según lo establecen las leyes federales y estatales.

Procesos Legales y Cumplimiento de las Leyes: Podemos revelar información médica durante procesos administrativos o judiciales para cumplir con una orden de un juzgado o cualquier otro proceso legal. Ciertos requisitos deben cumplirse antes de divulgar esta información:

Si un funcionario gubernamental lo solicita, podemos divulgar su información médica en determinadas circunstancias, siempre y cuando:

- La información sea divulgada conforme al debido proceso, como una orden o citación judicial.
- La información se refiere a la víctima de un crimen y usted está incapacitada.
- La información se refiere a una persona que ha fallecido bajo circunstancias que pueden estar relacionadas con una conducta criminal.
- La información se refiere a la víctima de un crimen y no podemos obtener su autorización.
- La información es divulgada como resultado de un crimen cometido en estas instalaciones.
- La información es revelada para localizar a una persona fugitiva, desaparecida o sospechosa.

También podemos revelar información si consideramos que esto es necesario para evitar o aminorar una inminente amenaza a la salud o seguridad de una persona.

Para Notificar el Acceso No Autorizado de Su Información:

Podemos usar o compartir su información privada para notificar en cumplimiento de la ley el acceso no autorizado o la divulgación indebida de su información médica.

En Casos de Desastre: Podemos usar o revelar su información a una entidad autorizada, pública o privada, para facilitar las tareas de rescate en situaciones de desastres y coordinar el uso y divulgación de información con sus familiares y otras personas involucradas en su cuidado. Le daremos la oportunidad de aceptar o rechazar este uso de su información cuando sea práctico hacerlo.

Compensación Laboral: Podemos divulgar su información médica según lo establecen las leyes sobre compensación laboral.



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risdén, MD

Reclusos: Si usted se está presa o bajo custodia de las autoridades, podemos divulgar su información médica a la prisión donde se encuentra o a las autoridades competentes. Esta divulgación es permitida para que usted pueda recibir atención médica, para proteger su salud o la salud y la seguridad de terceros, o para proteger la seguridad de la institución.

Actividades Militares, de Inteligencia, de Seguridad Nacional o de Protección al Presidente: Podemos revelar su información médica para el cumplimiento de ciertas funciones gubernamentales, tales como su separación o expulsión del servicio militar cuando así lo soliciten las autoridades militares pertinentes (si usted es militar), para actividades de seguridad nacional e inteligencia, así como para actividades para proteger al presidente de los Estados Unidos, otros funcionarios del gobierno o jefes de Estado extranjeros.

Investigaciones, Donación de Órganos, Médicos Forenses y Directores de Funerarias: Cuando un proyecto de investigación ha sido aprobado por una junta de revisión institucional, podemos revelar información médica para fines de investigación. Podemos divulgar información médica a instituciones dedicadas a la obtención, custodia y trasplante de órganos para fines de trasplante y donación de tejidos si usted es donante. También podemos revelar su información a un médico forense para ayudar a identificar a una persona fallecida o la causa de su muerte. También podemos revelar su información médica al director de una funeraria cuando dicha información es necesaria para que el director lleve a cabo sus funciones.

Cuando Lo Exija la Ley: Podremos divulgar su información médica cuando la ley nos lo exija.

SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO ES NECESARIA PARA OTRAS SITUACIONES

A continuación le presentamos aquellos casos en que solo compartiremos su información médica si contamos con su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita o exija:

1. Uso y divulgación de su información para fines de mercadeo.
2. Uso y divulgación de su información cuando signifique la venta de su información.
3. Uso y divulgación de apuntes de psicoterapia, si aplica.
4. Uso y divulgación de su información para recaudar fondos.
5. Cuando usted pague por un servicio médico directamente; es decir, que no quiere que presentemos el reclamo a su aseguradora. En estos casos, usted tiene derecho a pedir que no se divulgue la información relacionada con ese servicio específicamente.

Solo podremos hacer uso de su información médica en otras situaciones siempre y cuando contemos con su autorización por escrito. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, aunque esta revocación ya no se aplicará a los casos en que su médico utilizó la información porque contaba con su previa autorización.

Usted tiene oportunidad de objetar o aceptar el uso o divulgación de toda o parte de su información. Si usted no está presente o en capacidad de objetar o aceptar el uso o divulgación de esta información, entonces su médico, haciendo uso de su criterio profesional, podrá determinar si este uso de su información es conveniente para usted. En este caso, solo se revelará la información sobre su salud que sea pertinente.

SUS DERECHOS SEGÚN LAS LEYES FEDERALES

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU creó una serie de regulaciones con el fin de proteger la privacidad de los pacientes según lo establece la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Ridsen, MD

Médico (HIPAA). Dichas regulaciones crean ciertos privilegios para los pacientes. Nosotros no tomaremos medidas en contra de las pacientes que ejerzan sus derechos.

Usted tiene derecho a revisar y copiar su información médica protegida. Esto significa que usted podrá pedir que se le permita ver o copiar su información en cualquier momento mientras nosotros mantengamos esa información. Cuando solicite una copia de esta información, se le pedirá que firme un formulario en el que nos autoriza para divulgar su expediente médico. Nuestro consultorio aceptará toda solicitud *razonable*.

En vez de proporcionarle la información que usted solicitó, podemos ofrecerle un resumen o explicación de la información, siempre y cuando usted acepte.

Podemos negarnos a permitirle que inspeccione o copie cierta información por las siguientes razones:

1. La información se trata de anotaciones de psicoterapia.
2. La información revela la identidad de una persona que dio la información bajo promesa de confidencialidad.
3. La información ha sido recopilada en preparación para un litigio.
4. La información es regulada por Clinical Laboratory Improvements Amendments de 1988.

Podemos negarnos a darle acceso a esta información por otras razones, siempre y cuando aceptemos reconsiderar nuestra decisión si usted lo solicita. La decisión será reconsiderada por un médico que no haya estado involucrado en la decisión original de negarle el acceso.

Las leyes de Texas exigen que le entreguemos la copia de su expediente en un plazo de 15 días a partir de la fecha de su solicitud. Nosotros le informaremos cuando la copia esté lista o si consideramos que el acceso debe ser limitado. Si el acceso ha sido negado, le informaremos por escrito. La Ley HB300 de Texas, en vigencia desde el 1 de septiembre de 2012, obliga a que los médicos que utilizan Expedientes Médicos Electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) entreguen los expedientes médicos solicitados en formato electrónico en un periodo de 15 días hábiles a partir de la fecha en que recibieron la solicitud por escrito, a menos que se dé una excepción permitida.

HIPAA nos permite cobrarle una tarifa razonable. Nuestra tarifa es de \$25 (o más, según la cantidad de copias), dependiendo del tamaño de su expediente. No le cobraremos dicha tarifa cuando se trate de información necesaria para solicitar beneficios bajo la Ley de Seguro Social o cualquier otro programa similar de beneficios sociales o estatales.

Derecho a una copia electrónica de su expediente médico: Si su expediente médico está en formato electrónico, usted tiene derecho a recibir una copia electrónica o que se le envíe copia a otro individuo o entidad. Haremos todo lo posible por entregarle su información en el formato solicitado, siempre que este sea fácilmente reproducible. De no ser así, le entregaremos su expediente en nuestro formato electrónico estándar o una copia impresa legible. Podemos cobrarle un costo razonable por el trabajo asociado con la transmisión del expediente médico electrónico.

Derecho a ser notificado del acceso ilegal a su información: Usted tiene derecho a saber si ha habido un acceso indebido a su información.



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Ridsen, MD

Solicitud de restricciones: Usted puede solicitar que se limite la forma en que usemos o divulguemos su información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Nosotros NO tenemos que aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud excepto en casos de emergencia. Usted puede pedir que limitemos la divulgación a familiares o amigos cercanos que estén involucrados o no en su cuidado.

Usted puede obtener una **Solicitud de Restricción de Información Médica Personal** para indicar qué personas usted no quiere que le demos acceso a su información. Para hacer su solicitud, usted deberá presentar lo siguiente por escrito: (a) la información que desea restringir, (b) que tipo de restricción solicita (por ejemplo, uso de la información, divulgación de la información, o ambos), y (c) a quién (nombre/s, etc.) se aplica la restricción. Por favor, envíe su solicitud a la dirección y a la persona indicada al final de este documento. También hay formularios disponibles para **Aceptación/Rechazo de la Restricción Solicitada y Fin de la Restricción**.

Comunicación Confidencial por Medios Electrónicos o Vías Alternas: Usted puede solicitar que le hagamos llegar información confidencial por distintos medios. Esta solicitud deberá ser presentada por escrito a la persona indicada al final de este documento. Solo estamos obligados a aceptar solicitudes razonables. Por favor, especifique en su correspondencia exactamente cómo prefiere que nos comuniquemos con usted, y si está solicitando que enviemos su correspondencia a un lugar específico, deberá indicar el nombre y la dirección de su contacto.

Modificación de la Información Médica: Si usted cree que hay información en su expediente médico que está incorrecta o incompleta, puede solicitar que se modifique esta información, llenando el formulario disponible para tal fin y presentándolo a la persona indicada al final de este documento. Nosotros responderemos en un plazo de 60 días. Podemos negarnos a modificar la información por las siguientes razones:

- La información no fue creada por este consultorio o la doctora de este consultorio.
- La información no es parte del expediente.
- La información no está disponible para su inspección como resultado de un rechazo apropiado.
- La información es precisa y completa.

Aun cuando nos neguemos a modificar la información, usted podrá incluir en su expediente médico una declaración acerca de la información en cuestión. Si nos negamos a hacer la modificación, le informaremos por escrito.

Si aceptamos hacer la modificación, también se lo comunicaremos por escrito, haremos la modificación y le informaremos a los demás que ahora contamos con la información correcta.

Su derecho de saber con quiénes hemos compartido su información. Usted tiene el derecho de obtener una lista de las entidades y personas a quienes hemos dado su información. No obstante, la lista no incluirá algunas divulgaciones, como por ejemplo, informes para propósitos de tratamiento, de pago o de operaciones de los servicios médicos; informes que usted haya autorizado previamente; informes elaborados directamente para usted o algunos informes para su familia. Usted recibirá nuestra respuesta dentro de los 60 días siguientes a su petición. No le cobraremos por suministrarle la lista. Sin embargo, si usted solicita más de una lista durante el mismo año, podemos cobrarle por cada solicitud adicional. Si hay cargo, le notificaremos con tiempo para que retire la solicitud o la modifique *antes* de incurrir en gasto alguno.



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Jan Risten, MD

Derecho de recibir una copia impresa de este aviso: Usted puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento aunque haya aceptado recibir el aviso electrónicamente. Este aviso está disponible en nuestro sitio de internet: www.wharichardson.com.

QUEJAS

Si usted está preocupada porque piensa que sus derechos a la privacidad de su información han sido irrespetados, puede comunicarse con la persona indicada al final de este documento. También puede enviar una queja por escrito a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Tenemos a su disposición un formulario especial para tal fin. No tomaremos ningún tipo de medidas en su contra por presentar una queja ante el gobierno o nosotros.

Para más información acerca de HIPAA, o para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles por asuntos relacionados con entidades ubicadas en Arkansas, Luisiana, Nuevo México, Oklahoma o Texas, comuníquese con:

Región IV, Oficina de Derechos Civiles
Secretaría de Salud y Servicios Humanos
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
Teléfono: (800) 368-1019
Fax: (214) 767-0432
TDD: (800)537-7697

NUESTRO COMPROMISO CON USTED

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica, poner a su disposición este aviso sobre nuestras prácticas relacionadas con su información médica y cumplir con las normas establecidas sobre la privacidad de la información médica.

PERSONA RESPONSABLE DE ATENDER SUS SOLICITUDES

Si tiene alguna pregunta o necesita hacer una solicitud de acuerdo con los derechos descritos anteriormente, por favor comuníquese con:

Administradora y Oficial de Cumplimiento
Women's Health Associates of Richardson
Website: www.wharichardson.com
972-231-9144

También puede obtener copia de este aviso en nuestro sitio de internet www.wharichardson.com

Actualizado 08/2013 & 10/2015

2821 E. Pres George Bush Hwy, Suite 400 Richardson, TX 75082
Oficina: 972-231-9144 Fax: 972-231-9174
www.wharichardson.com