

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Si no es el paciente, la persona que completa este formulario es _____

el ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Representante Legal ("cada uno como 'Representante Personal'") del paciente.

Nombre del Paciente ("Paciente"): Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Apellido(s): _____ Fecha de Nacimiento: _____ (MM) _____

(DD) _____ (AAAA)

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Email: _____

Sexo asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual ☐ Prefiere no divulgar

Identidad de Género Actual: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgenero: Masculino a Femenino ☐ Transgenero: Femenino a Masculino ☐ Ni exclusivamente femenino ni masculino ☐ Prefiere no divulgar ☐ Algo mas, por favor especificar: _____

Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual (Gay/Lesbiana) ☐ Bisexual ☐ Otro _____ ☐ No sabe

☐ Prefiere no divulgar

Etnicidad: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Rechazado

Raza: ☐ Blanca ☐ Negra o Afroamericano ☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico ☐ Asiático ☐ Indígena americano ☐ Otro ☐ Rechazado

Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro _____

Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Otro _____

Ocupación: ☐ Empleado(a) de tiempo completo ☐ Empleado(a) de medio tiempo ☐ No Empleado(a) ☐ Independiente ☐

Retirado(a) ☐ Militar en servicio activo ☐ Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

Consentimiento para divulgar información médica al contacto de emergencia: ☐ Sí ☐ No

DIVULGACIÓN A AMIGOS Y/O MIEMBROS DE LA FAMILIA

Autorizo que mi Información de Salud Protegida sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, hallazgos y decisiones sobre mi atención a los familiares y otras personas indicadas a continuación.

Nombre	Parentesco	Número de teléfono

Usted tiene un: ☐ Testamento ☐ Directivas anticipadas ☐ Orden de No Reanimar (DNR) ☐ Poder legal ☐ Ninguno ☐ Se rehúsa ☐

Tutor Legal/Representante o Cuidador: _____ Teléfono de contacto: _____

FARMACIA

Nombre de la Farmacia: _____ Teléfono de la Farmacia: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID del suscriptor: _____ Número de grupo: _____ Parte Responsable: ☐ Uno mismo

☐ Garante ☐ Marque aquí si la información es la misma que la del paciente

Nombre del Garante (Apellido): _____ (Nombre): _____ (Inicial del Segundo Nombre): _____

Fecha de nacimiento del Garante: ____ (MM) ____ (DD) ____ (AAAA)

Dirección: _____ Teléfono principal: _____

Seguro Secundario

Seguro Secundario: _____ Teléfono: _____

Dirección del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID del suscriptor: _____ Numero de Grupo: _____ Parte Responsable: ☐ Uno mismo

☐ Garante ☐ Marque aquí si la información es la misma que la del paciente

Nombre del Garante (Apellido): _____ (Nombre): _____ (Inicial del Segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento del Garante: ____ (MM) ____ (DD) ____ (AAAA)

Al firmar a continuación, certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender

Firma del Paciente o Representante Personal: _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA FINANCIERA

_____(Iniciales) Los médicos y los proveedores de atención médica de Sanitas cobran honorarios por la atención que se le brinda. Los honorarios pueden no ser los mismos que el presupuesto entregado. Esto incluye cualquier deducible y coseguro. Los copagos vencen al momento del servicio. Usted también es responsable de cualquier deducible y coseguro de su plan de seguro. Todos los pagos por los servicios deben realizarse en su totalidad antes de recibir la atención, incluidos los copagos y cualquier saldo pendiente.

Si su compañía de seguros de salud no paga el monto total de los honorarios cobrados por Sanitas, usted (el paciente o la parte responsable) pagará a Sanitas el costo de la atención no pagado por la compañía de seguros de salud. Esto también se aplica a los pacientes que se encuentren dentro de su período de gracia.

Si la información del seguro proporcionada a Sanitas no es correcta, es posible que deba pagar los honorarios asociados con su atención. Si no tiene seguro de salud, entonces tendrá que pagar los honorarios por los servicios médicos prestados. Medicare solo pagará por la atención que sea aceptable y necesaria bajo la sección 19862(a)(1) de la Ley de Medicare. Al firmar a continuación, usted certifica que los datos que ha proporcionado a Sanitas para el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social son correctos.

_____(Iniciales) Sanitas puede facturar a mi compañía de seguros de salud por mi atención. Los pagos se realizarán a Sanitas en mi nombre..

Paciente o Representante Personal del Paciente: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

____(Iniciales) Soy paciente de Sanitas. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para ser tratado por los proveedores de atención médica de Sanitas. Entiendo que el tratamiento y los servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, exámenes de rutina, pruebas de detección (pruebas que pueden encontrar una enfermedad de manera temprana, antes de que una persona muestre signos de tener la enfermedad) y pruebas diagnósticas (pruebas que muestran si una persona tiene una determinada enfermedad o problema de salud). Entiendo que no se me han hecho promesas sobre los resultados de cualquier tratamiento o servicio. Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento y tengo el derecho de hablar sobre todos los tratamientos médicos con mi proveedor. Reconozco que he leído y entendido cada una de las disposiciones anteriores que aparecen en esta sección. También he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta y, mediante mi firma, consiento y acepto dichas disposiciones individual y colectivamente. Se podrá utilizar una copia en lugar del original.

____(Iniciales) Reconozco que durante mi cita, Sanitas puede grabar la conversación entre mi proveedor y yo con el fin de mejorar la precisión y la eficiencia de la documentación clínica

____(Iniciales) Consentimiento para el Tratamiento de un Menor o Paciente Incapacitado. Como Representante Personal del menor o paciente incapacitado, por la presente doy mi consentimiento para que el Paciente reciba el tratamiento y la atención médicamente necesarios, incluido el tratamiento de emergencia, por parte de Sanitas. Nos reservamos el derecho de solicitar la identificación adecuada del Representante Personal antes de la prestación del tratamiento y la atención a un menor o paciente incapacitado.

Paciente o Representante Personal del Paciente: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE y AVISO DE DIVULGACIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

____(Iniciales) Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (<https://www.mysanitas.com/en/legal/notice-privacy-practices>), el cual describe mis derechos y los deberes de Sanitas con respecto a mi información de salud protegida (mi "PHI", por sus siglas en inglés) , y especifica que Sanitas está autorizado para usar, divulgar, recibir e intercambiar mi PHI para (i) fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) según yo lo autorice por escrito ; y (iii) según se permita de otro modo de conformidad con las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") y las leyes estatales pertinentes (colectivamente, los "Usos Permitidos"). Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad (patientprivacy@mysanitas.com) si tengo alguna pregunta o queja. En la medida en que la ley lo permita, doy mi consentimiento voluntario para el uso, la divulgación, la recepción y el intercambio de mi PHI para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

____(Iniciales) Estudiantes de Medicina. Sanitas se enorgullece de ser un Centro Académico para Estudiantes de Atención Médica. Con su consentimiento, como parte del programa, se puede invitar a un estudiante a hablar con usted sobre su visita y/o su salud en general antes de que lo vea su médico. Un aspecto fundamental de la experiencia es la concientización y la educación sobre la importancia de la privacidad y la confidencialidad del paciente. Como resultado, todos los estudiantes que participen en este programa habrán completado la capacitación de cumplimiento de HIPAA, habrán firmado un acuerdo para adherirse al Código de Conducta de Sanitas y habrán firmado un acuerdo de confidencialidad, antes de comenzar, para asegurar que sus derechos como paciente estén protegidos

____(Iniciales) Aviso de Divulgación Electrónica y Autorización. Entiendo que mi Información de Salud Protegida (PHI) está sujeta a divulgación electrónica. De acuerdo con HIPAA y la ley de Texas, se le permite a Sanitas divulgar electrónicamente mi PHI sin mi autorización a otra entidad cubierta con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, realización de ciertas funciones de seguros, o según sea autorizado o requerido de otro modo por la ley estatal o federal. En todos los demás casos, Sanitas no divulgará electrónicamente mi PHI a ninguna otra persona sin una autorización por separado de mi parte o de mi representante legalmente autorizado para cada divulgación. Cuando se requiera una autorización por separado, dicha autorización podrá ser en forma escrita o electrónica, o darse oralmente si Sanitas la documenta por escrito. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.154(b),(c), §241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506 y 164.508)

____(Iniciales) Intercambio de Información de Salud. Sanitas participa en uno o más intercambios de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés), incluido el *Health Information Exchange Texas Emergency Encounter Notification Services* ("HIETexas"). Un HIE es una organización que supervisa y rige el intercambio electrónico de información relacionada con la salud entre organizaciones de acuerdo con estándares reconocidos a nivel nacional. Los HIE están diseñados para proporcionar a mis proveedores de atención médica un acceso rápido a mis registros médicos para que el tratamiento sea más eficaz y eficiente.

HIETexas es la red de HIE a nivel estatal operada por la Autoridad de Servicios de Salud de Texas (*Texas Health Services Authority*) como parte del mandato legislativo de Texas para establecer capacidades de intercambio de información de salud en todo el estado. HIETexas puede notificar a mi equipo de atención de Sanitas cuando soy admitido, dado de alta o transferido entre hospitales u otros centros, para que puedan coordinar mi atención y realizar un seguimiento después de mi visita.

Autorizo a Sanitas a incluirme en los paneles de pacientes de los HIE en los que Sanitas participa. Sin embargo, mi tratamiento y atención

en Sanitas no están condicionados a la participación en el HIE. Si en algún momento no deseo que Sanitas comparta, solicite y/o acceda electrónicamente a mi PHI a través de los HIE, puedo optar por no autorizar la futura divulgación electrónica de mi PHI a través de los HIE completando un FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD obtenido en una ubicación del Centro Médico Sanitas o en el sitio web de Sanitas (<https://www.mysanitas.com/en/resources>).

He leído, entiendo y acepto las secciones marcadas con mis iniciales anteriormente:

Paciente o Representante Personal del Paciente: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES

___ **(Iniciales)** Al proporcionar mi número de teléfono a continuación, autorizo voluntaria y expresamente a Sanitas, o a terceros que actúen en nombre de Sanitas (incluidos los Asociados Comerciales y sujetos a las restricciones de confidencialidad del paciente), a comunicarse conmigo a este número de teléfono con información relacionada con mi tratamiento y atención o con fines de marketing para programas, productos y servicios relacionados con la salud recomendados por Sanitas que puedan ser beneficiosos para mí, incluso mediante el uso de tecnologías automatizadas, mensajes SMS/MMS, voz generativa de IA y mensajes de voz pregrabados y/o artificiales. Entiendo que dichas comunicaciones pueden no estar cifradas o ser seguras. Sanitas utilizará las salvaguardas adecuadas para proteger mi PHI de acuerdo con HIPAA y las leyes pertinentes. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

___ **(Iniciales)** Reconozco que tengo el derecho de optar por no recibir futuras comunicaciones de Sanitas en cualquier momento utilizando el método de exclusión proporcionado en la comunicación. Al optar por no recibir comunicaciones de Sanitas, ya no recibiré comunicaciones generales como recordatorios de citas, actualizaciones de bienestar o mensajes promocionales. Sin embargo, seguiré recibiendo comunicaciones directas de mi proveedor de atención médica o equipo de atención con respecto a asuntos importantes relacionados con mi tratamiento o atención, que pueden incluir llamadas para la planificación previa a la visita, resultados de laboratorio u otra información importante necesaria para mi salud y bienestar. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para comunicaciones en cualquier momento, ya sea completando un nuevo formulario de registro de paciente o notificando razonablemente a Sanitas. También entiendo que no se requiere que firme este consentimiento para comunicaciones como condición para recibir tratamiento o servicios de Sanitas y que optar por no recibir comunicaciones de Sanitas no afectará mi tratamiento ni los servicios disponibles para mí. Confirmando que soy el propietario o controlo el número de teléfono proporcionado a continuación y acepto notificar a Sanitas por escrito dentro de los 30 días si cambio mi número de teléfono

___ **(Iniciales)** Reconozco y acepto recibir comunicaciones relacionadas con la salud de Sanitas (o de terceros que actúen en nombre de Sanitas, incluidos los Asociados Comerciales), las cuales pueden (i) ocurrir más de una vez al día o tres veces por semana, incluso fuera del horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., según se considere necesario; y (ii) exceder un minuto de duración para las llamadas telefónicas o 120 caracteres para los mensajes de texto. Entiendo que estas comunicaciones pueden exceder las limitaciones establecidas por la ley aplicable

___ **(Iniciales)** Al proporcionar mi dirección de correo electrónico a continuación, autorizo a Sanitas, o a terceros que actúen en nombre de Sanitas (incluidos los Asociados Comerciales y sujetos a las restricciones de confidencialidad del paciente), a comunicarse conmigo en esta dirección de correo electrónico con información relacionada con mi tratamiento y atención o con fines de marketing para programas, productos y servicios relacionados con la salud recomendados por Sanitas.

Paciente o Representante Personal del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Paciente: _____

Número de teléfono: _____ **Email:** _____

PROGRAMAS DE BIENESTAR AUTOGESTIONADOS

Un programa de bienestar autogestionado por el paciente ("SMWP", por sus siglas en inglés) empodera a las personas al involucrarlas en su salud y bienestar a través de la educación, el automonitoreo y la responsabilidad personal. En ocasiones, Sanitas puede ofrecer un SMWP a pacientes elegibles para brindar herramientas, recursos y apoyo para el manejo de condiciones crónicas, la prevención de enfermedades y la mejora del bienestar general. Sanitas puede colaborar con terceros ("Proveedor de Bienestar") para ofrecer a los pacientes un SMWP utilizando tecnología digital (es decir, aplicaciones móviles, dispositivos portátiles). Los SMWP no equivalen a asesoramiento médico, no son supervisados por su proveedor y pueden generar inexactitudes potencialmente. Si se le ofrece, tendrá la oportunidad de hacer preguntas. Si participa, es posible que Sanitas deba compartir cierta información personal sobre usted con el

Proveedor de Bienestar en relación con su inscripción. La participación no es obligatoria y no afectará su capacidad para recibir atención en Sanitas.

Paciente o Representante Personal del Paciente: _____ **Fecha:** _____

IDENTIFICACIÓN CON FOTO (si aplica)

Para el beneficio de sus pacientes, Sanitas ha implementado un proceso para utilizar fotografías de los pacientes con fines de identificación y autenticación para mejorar la seguridad y protección del paciente. Autorizo voluntaria y expresamente a Sanitas a tomarme una fotografía (o a la persona de quien soy Representante Personal) para ser utilizada con fines de identificación/autenticación del paciente durante el registro/ingreso del paciente y durante toda la duración de mi visita. Entiendo que mi fotografía solo se utilizará para este propósito, se almacenará en mi registro médico electrónico de acuerdo con HIPAA y las leyes pertinentes, y no se compartirá con terceros sin mi consentimiento, excepto según lo exija la ley aplicable. Entiendo que el uso de mi fotografía para fines de identificación/autenticación es voluntario, y tengo el derecho de revocar mi autorización y optar por no participar en cualquier momento notificando a Sanitas por escrito. Mi negativa a participar no afectará mi tratamiento ni los servicios disponibles para mí en Sanitas. Si prefiero no ser fotografiado, se me pedirá que proporcione una identificación con fotografía en cada visita.

Paciente o Representante Personal del Paciente: _____ **Fecha:** _____

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDO TOTALMENTE TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.