

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LA RECEPCIÓN DE AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y  
CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN LIMITADA Y DIVULGACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre) (Mes/día/año)

Quien suscribe, reconoce la recepción de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y la Declaración de Derechos del Paciente y la Familia actualmente vigentes de este centro de salud.

La norma de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) otorga a las personas, padres o tutores el derecho de solicitar una restricción en el uso y la divulgación de la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de su hijo. Consulte el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de PSV.

También se le otorga a la persona/el padre/tutor el derecho a solicitar que las comunicaciones **confidenciales** relacionadas con la PHI o con otro tipo de información sensible se realicen a través de medios alternativos, como por correspondencia al domicilio laboral en lugar de al domicilio particular.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) SI SOLICITO QUE ENVÍEN LOS REGISTROS MÉDICOS DE PSV A OTRO MÉDICO/INSTITUCIÓN EN EL FUTURO.**

**MENCIONE A TODAS LAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE.** (Esto incluye padrastras, abuelos y cuidadores: SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA):

Autorizo a la persona cuyo nombre consta a continuación para que reciba información confidencial acerca de la atención médica del paciente antes mencionado.

Nombre en Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**MI FORMA DE CONTACTO DE PREFERENCIA POR ASUNTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE MI HIJO PARA ESTE CONSULTORIO ES:**

- Teléfono Celular  Teléfono Particular  Teléfono Laboral  Cualquiera de los métodos mencionados

**AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN SEA TRANSMITIDA POR EL SIGUIENTE MEDIO:**

- Teléfono Celular  Teléfono Particular  Teléfono Laboral  Correo electrónico  
 Cualquiera de los métodos mencionados

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Nombre en Letra de Imprenta del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Por lo general, la Norma de Privacidad exige que los profesionales médicos adopten medidas razonables para limitar el uso o divulgación y la solicitud de la PHI al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican al uso o la divulgación realizados conforme a una autorización solicitada por la persona, el padre, tutor o representante personal.

**Nota: En una emergencia, puede permitirse el uso y la divulgación de la PHI para el tratamiento, la realización de pagos o la prestación de servicios médicos sin consentimiento previo.**

Identificación del Paciente

Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Historia Clínica N.º \_\_\_\_\_

**Para Uso exclusivo del Consultorio**

Intenté que el paciente (o el representante) firmaran este Reconocimiento, pero no lo hicieron, debido a que:

- \_\_\_ Fue un tratamiento de urgencia  
\_\_\_ No me pude comunicar con el paciente  
\_\_\_ El paciente se negó a firmar  
\_\_\_ El paciente no pudo firmar porque  
\_\_\_ Otro (indique la razón)

Firma: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA RECLAMOS, PAGOS Y REVISIONES

Para Beneficiarios de Medicare: Certifico que es correcta la información que se me ha brindado relativa a la solicitud de pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a PSV en concepto de algunos servicios que se me han prestado durante los periodos aplicables de atención médica.

Cesión y Coordinación de Beneficios de Seguro: Acepto brindar información con respecto a todos los beneficios de seguro médico a los que yo/el paciente pueda tener derecho. Por el presente, cedo los pagos, si los hubiere, del plan de beneficio médico de la compañía aseguradora a PSV por los servicios prestados al paciente. Por el presente, autorizo los pagos directamente a Pediatric Specialists of Virginia (PSV), incluidos todos los beneficios que se me adeuden en virtud de los términos de mi póliza, pero sin superar el saldo adeudado a PSV por los servicios que se me han prestado durante los periodos correspondientes de atención médica.

Servicios No Autorizados, No Cubiertos o Fuera del Plan: Entiendo que si mi compañía aseguradora o el administrador de beneficios no consideran algún servicio prestado como un servicio con cobertura o no ha autorizado estos servicios, no pagará y yo acepto pagar estos servicios. Asimismo, entiendo y reconozco que en el caso de que PSV sea considerada fuera del plan/la red, es posible que se reduzcan beneficios; y se me puede requerir que pague un copago, deducible o coaseguro superior.

Autorización para Divulgar Información: Por el presente, autorizo a PSV a divulgar toda información adquirida durante el transcurso del tratamiento necesaria para procesar los reclamos de seguro y/o el seguimiento para operaciones de atención médica y para garantizar el pago de los servicios prestados.

Responsabilidad de Pago: En calidad de paciente, representante legal o representante del beneficiario para el paciente, acepto pagar todos los gastos por los que pueda ser legalmente responsable, entre otros, deducibles de beneficios médicos, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos. En el caso de que mi cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobranzas para obtener el pago, convengo en pagar los honorarios profesionales razonables y otros gastos de cobranza.

Pacientes de Accidentes Automovilísticos: Tenga en cuenta que su compañía aseguradora de automóviles le puede ceder los beneficios de gastos médicos.

Al firmar debajo, certifico lo siguiente:

- He leído y entiendo lo anterior;
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas;
- He aceptado los términos y las condiciones anteriores; y
- He leído el aviso, si corresponde, respecto de la cesión de beneficios de gastos médicos para los pacientes de accidentes automovilísticos.

**Yo, por lo tanto, acepto:**

- Pagar todos los gastos por los que pueda ser legalmente responsable, incluidos entre otros, los deducibles de seguro médico, copagos y los gastos sin cobertura;
- Pagar todos los honorarios razonables de abogados y otros gastos de cobranzas en los que haya incurrido PSV en el caso de que mi cuenta deba ser colocada ante un abogado o agencia de cobranzas para obtener el pago.
- Asimismo, entiendo que este documento seguirá vigente para mi actual visita y para toda visita futura ambulatoria o a consultorio médico de PSV, salvo que específicamente sea rescindido por mí a través de una declaración escrita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Imprenta del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

**Aviso: No es obligatorio firmar este formulario de Autorización para Reclamos, Pagos y Revisiones. Si no se firma este Formulario, todos los gastos serán facturados a usted de forma directa en lugar de hacerlo a su plan de seguro.**

Identificación del Paciente

Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Historia Clínica N.º \_\_\_\_\_

## LEY SOBRE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA) / EVALUACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES

Personal de PSV: Complete este formulario oportunamente con el paciente o acompañante y escaneelo para colocarlo en la historia clínica electrónica del paciente. **Complete un formulario por persona que requiere adaptaciones.**

Paciente o Acompañante: Si usted o algún acompañante que ayuda en su cuidado tiene una necesidad especial, indique a continuación:

La situación médica del paciente no permite que se complete en este momento.

	Paciente	Acompañante/Tutor Legal
¿Es sordo o tiene problemas graves de audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciego o tiene problemas graves de visión, incluso si utiliza anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras? (5 años o mayores)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene otras necesidades especiales o discapacidades que requieran servicios o adaptaciones durante su visita de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si ha indicado una necesidad anteriormente, ¿usted o su acompañante necesitan servicios o adaptaciones relacionadas con sus necesidades identificadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Describa el tipo de adaptación que solicita:

\_\_\_\_\_

¿Tiene instrucciones especiales para los proveedores de atención médica? De ser así, descríbalas a continuación:

\_\_\_\_\_

Notas del Personal sobre las adaptaciones realizadas: (Personal de PSV: Describa con detalles la(s) adaptación(es) solicitada(s) y los servicios prestados.)

\_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, declaro que: (i) se me ha dado la oportunidad de comunicar si yo y/o mi acompañante tenemos una discapacidad o necesidad especial que requiere adaptación; (ii) he tenido la oportunidad de comunicar mis necesidades al personal conforme a lo indicado anteriormente y que las selecciones anteriores son ciertas, exactas y completas; (iii) entiendo que Pediatric Specialists of Virginia hará su mejor esfuerzo para atender mis peticiones y que las adaptaciones provistas serán gratuitas; (iv) se me ha ofrecido / dado una copia del folleto de Derechos del Paciente que contiene información para presentar una queja si no estoy satisfecho con las adaptaciones solicitadas durante mi visita de hoy.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante del Paciente/Acompañante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

En letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Vínculo con el Paciente:  Paciente  Padre/Madre  Familiar  Amigo  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

En letra de imprenta: \_\_\_\_\_

### Identificación del Paciente

Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA N.º \_\_\_\_\_

Centro de Cirugía Ambulatoria de Pediatric Specialists of Virginia

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA MEDIDAS DE RESUCITACIÓN DEL CENTRO DE  
CIRUGÍA AMBULATORIA

**NO ES UNA REVOCACIÓN DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS NI DEL PODER MÉDICO**

Todos los pacientes tienen derecho de participar en sus propias decisiones de atención médica y establecer directivas anticipadas o informar sobre poderes que autorizan a otros a tomar decisiones o si no pueden comunicar sus decisiones. Pediatric Specialists of Virginia respeta y apoya esos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un establecimiento hospitalario de agudos, el Centro Quirúrgico de PSV no realiza de manera rutinaria procedimientos de “alto riesgo”. La mayoría de los procedimientos realizados en este centro se consideran de riesgo mínimo. Por supuesto, ninguna cirugía carece de riesgo. Usted analizará las cuestiones específicas del procedimiento al que se someterá con su médico, quien puede responder sus preguntas relativas a los riesgos, su expectativa de recuperación y la atención posterior a la cirugía.

Por consiguiente, es nuestra política, independientemente del contenido de cualquier directiva o instrucciones anticipadas de un reemplazante de atención médica o un abogado, en realidad, que si se produce un evento adverso durante su tratamiento o el de su hijo en este centro, iniciaremos las medidas de resucitación u otras medidas de estabilización y la transferencia del paciente a un hospital de atención de agudos para una evaluación posterior. Todo el tratamiento posterior en un hospital de agudos o las medidas de suspensión del tratamiento que ya haya empezado se ordenará de acuerdo con sus deseos, directiva anticipada o poder de atención médica. Su conformidad a esta política, con su firma a continuación, no revoca ni invalida ninguna directiva médica anticipada ni poder de atención médica vigente.

Si no está de acuerdo con esta política, nos complacerá ayudarlo a reprogramar el procedimiento en otro centro.

¿Ha firmado una directiva anticipada de atención médica para el paciente?

- Sí, el paciente tiene una directiva anticipada, un testamento en vida o un poder para atención médica.
- No, el paciente no tiene una directiva anticipada, un testamento en vida o un poder para atención médica.

Al firmar este documento, acepto haber leído y entender su contenido y estoy de acuerdo con la política descrita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ASC**  
**Forma de Reconocimiento**

He recibido una copia de Pediatric Specialists of Virginia ASC:

- **Aviso Sobre Practicas de Privacidad**
- **Directiva de Directivas Anticipadas**
- **Política de Quejas y Reclamos (Complaints and Grievance Policy)**

Firmando este documento, le hago saber que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, mis preguntas han sido contestadas, y entiendo la informacion que me han dado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha