

**MID SOUTH MATERNAL FETAL MEDICINE**  
**INFORMACIÓN DE LA PACIENTE**

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

Apellido:	Contacto de emergencia:
Primer nombre:	Relación con el contacto de emergencia:
Inicial del segundo nombre:	Teléfono del contacto de emergencia:
Sexo:	<b><u>INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL:</u></b>
Fecha de nacimiento:	Aseguradora principal:
N.º del Seguro Social:	Número de póliza:
Dirección:	Titular de la póliza:
	N.º de Seguro Social del titular de la póliza:
Ciudad:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Estado:	Relación con la paciente: F/M
Código postal:	<b><u>INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:</u></b>
Teléfono de casa:	Compañía del seguro secundario:
Teléfono celular: Consentimiento para envío de mensajes de texto: S/N	Número de póliza:
Teléfono del trabajo:	Titular de la póliza:
Correo electrónico:	N.º de Seguro Social del titular de la póliza:
Preferencia de contacto:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Origen _____ No hispano o latino étnico: _____ Hispano o latino _____ Otro	Relación con la paciente: F/M
Idioma preferido:	Farmacia y teléfono
Raza: ___ India americana ___ Asiática ___ Asiática india ___ Negra/afroamericana ___ Europea ___ Filipina ___ Japonesa ___ Coreana ___ Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico ___ Blanca	Empleador:
	Ocupación:
Estado civil:	
Médico que hace la remisión:	

Para controlar los costos de facturación, pedimos que las visitas al consultorio se paguen en el momento en que se presta el servicio. Preferimos controlar nuestros costos de facturación que vernos obligados a aumentar nuestras tarifas. Se puede evaluar una tarifa por cobro después de 60 días.

**TENGA EN CUENTA:** usted recibirá una factura por separado del laboratorio por cualquier servicio de laboratorio que se haya prestado en este consultorio.

**TENGA EN CUENTA:** habrá un cargo de 35.00 por los cheques rechazados que se debitará electrónicamente de su cuenta de cheques.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento**

- Por este medio doy mi permiso a Mid-South Maternal Fetal Medicine, PC (MSMFM) y sus divisiones para el tratamiento médico incluyendo, entre otros, exámenes, inyecciones, análisis de sangre, pruebas de diagnóstico o procedimientos médicos que se consideren necesarios y apropiados para el diagnóstico y tratamiento.

**REVELACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO: COMERCIAL/TENNCARE/MEDICAID**

- Certifico que di TODA LA INFORMACIÓN DEL SEGURO al consultorio médico y es mi responsabilidad avisarles cualquier cambio.

**POLÍTICA DE PAGO DE LA PACIENTE Y SERVICIOS CUBIERTOS**

- Entiendo que soy responsable de todos los cargos asociados con mi atención médica. Es política de MSMFM cobrar todos los saldos, copagos y depósitos que las pacientes adeuden en el momento del servicio.
- Es posible que los planes de seguro médico **no cubran** todos los servicios, pruebas o procedimientos médicos que nuestros proveedores pueden ofrecer o recomendar para el tratamiento. Es mi responsabilidad conocer y comprender los servicios que cubra mi seguro, y si el seguro no cubre los servicios, seré responsable del pago.
- Autorizo a MSMFM a revelar cualquier información relacionada con mi tratamiento y cedí irrevocablemente todos los beneficios del seguro para mi atención médica.
- Nuestro consultorio puede comunicarse con la aseguradora para verificar la cobertura y los beneficios de su seguro. Se hará un **cálculo** de su responsabilidad económica conforme al acuerdo contractual entre MSMFM y la compañía de seguros. Nuestros coordinadores de beneficios pueden revisar con usted los beneficios para explicarle sus obligaciones económicas, y es posible que deba pagar un depósito antes de la prestación de los servicios.
- Si la compañía de seguros rechaza un reclamo debido a información personal o información de seguro incorrecta que usted nos haya dado, se le facturará a usted cualquier reclamo de servicios no pagado y deberá hacer el pago completo de inmediato.
- Si su cuenta o cualquier cuenta de la que sea responsable se envía a una agencia de cobro debido un incumplimiento en el pago del saldo de la paciente, es posible que ya no la atiendan en el consultorio médico y todos los proveedores dentro de MSMFM le nieguen la atención médica y los servicios en el futuro. Además, se agregará una tarifa de cobro de hasta el 40 % al saldo de su cuenta. Entiendo que soy responsable de los honorarios de cobro u honorarios de abogados en los que se incurra debido al cobro de la cuenta.
- Usted es responsable de saber qué hospital le permite usar su aseguradora para procedimientos, pruebas y admisiones.
- Si no tiene cobertura de seguro médico con un seguro en el que participe MSMFM o si es paciente nueva y no puede presentar una tarjeta de seguro válida o si no se puede determinar la cobertura, debe pagar la totalidad al momento del servicio.
- Algunas pruebas de laboratorio que se toman en el consultorio se envían a un laboratorio externo para su análisis. Así que, es posible que reciba una factura del laboratorio de referencia.
- Si necesita una remisión u otra autorización previa para recibir los servicios médicos, es su responsabilidad obtenerla.
- Las cuentas con saldos de pago por cuenta propia deben tener un saldo a cero (\$0) para recibir más servicios en nuestro consultorio médico.

**CARGO POR CHEQUE RECHAZADO**

- MSMFM cobrará a la cuenta de la paciente \$35.00 por cualquier cheque rechazado para cubrir el costo de MSMFM de cualquier cargo bancario relacionado.

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

- MSMFM exige que dé un aviso de cancelación 24 horas antes de cualquier cita médica u operación/procedimiento programado.
- Si no se presenta o si cancela una cita sin un aviso previo de 24 horas, es posible que reciba un cargo de \$20.00 por consulta y \$150.00 por operaciones o procedimientos a los que no haya asistido. Este cargo será responsabilidad de la paciente y no se le facturará al seguro ni este lo reembolsará.
- Si una paciente falta o cancela las citas en repetidas ocasiones, puede que ya no se le atienda en el consultorio médico.

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL**

- Es nuestra política verificar su información demográfica y de seguro en cada consulta para ayudar a garantizar que los reclamos se procesarán de manera oportuna y precisa. Aunque puede parecer innecesario en ese momento, eso es sumamente importante para nuestro proceso de facturación. Traiga su tarjeta de seguro a CADA CONSULTA. Además, a todas las pacientes se les pedirá una identificación con foto.

**FORMULARIOS Y DOCUMENTACIÓN**

- Hay una tarifa mínima de \$20.00 por la revelación de expedientes médicos y la paciente debe pagarla antes de recibir los expedientes. Para expedientes de más de veinte (20) páginas, puede haber un cargo adicional de \$0.50 por página, por cada página que exceda las primeras veinte (20) páginas.
- Se cobrará una tarifa de \$35.00 para completar la FMLA y los formularios estándar de discapacidad. Solicitamos que esa tarifa se pague en el momento de la solicitud. No completaremos los formularios que nos envíen por fax hasta que se pague la tarifa.
- Completar los formularios nos tomará de 2 a 3 días hábiles. Llame primero al consultorio si va a recoger sus formularios. Si deben enviarse por correo, proporcione un sobre con la dirección postal.

**Directrices del consultorio médico**

- Los medicamentos de rutina se surten solo durante el horario de atención. No resurtimos ninguna receta (incluyendo narcóticos) fuera del horario de atención ni los fines de semana. Cuando llame para surtir recetas, tenga a mano el teléfono de su farmacia.
- Si tiene alguna pregunta para el enfermero o proveedor, le devolveremos la llamada lo antes posible, dando prioridad a las emergencias y a pacientes programados en el consultorio. En el momento de su llamada, infórmenos si hay alguna hora determinada en la que no estará disponible.
- Las constancias médicas para justificar los días de ausencia en el trabajo o la escuela se hacen solo por los días que la atendieron en el consultorio y los días necesarios para la recuperación. No podemos dar constancias por enfermedades no evaluadas en nuestro consultorio. Tampoco haremos constancias antedatadas.

Se considera que una fotocopia de esta declaración es tan válida como la original.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ ASUNTO: 07.2020



Acreditada por AIUM en ecocardiograma y ultrasonido obstétrico y fetal

6266 Poplar Memphis, TN 38119  
Consultorio 901-682-2595 Fax 901-682-2549

Roy Bors-Koefoed, M.D.  
Christy Smith, W.H.N.P., MSN  
Shelia Thomas, F.N.P.

## Privacidad según HIPAA y autorización para revelación de información

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_

Por medio de este documento autorizo a Mid-South Maternal Fetal Medicine, P.C. y sus afiliados, empleados y agentes, para usar y revelar la información médica protegida (por ejemplo, la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento, el pago de reclamos y los servicios de atención médica prestados o que me prestarán y que identifique mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) con el fin de ayudarme a resolver los reclamos y los problemas de cobertura de beneficios de atención médica.

Entiendo que cualquier información médica personal u otra información que se revele a la persona u organización arriba identificada, puede estar sujeta a que dicha persona/organización la vuelva a revelar y que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales pertinentes.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización dando un aviso por escrito al consultorio médico. Sin embargo, no se puede revocar si los empleados o agentes actuaron según esta autorización antes de recibir mi aviso por escrito. También entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización.

Además, comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Si me niego a firmar, esto no afectará mi elegibilidad para los beneficios, la inscripción ni el pago de los servicios o la cobertura de los servicios.

Me informaron de las prácticas de privacidad del consultorio, la política de revelación de la información de facturación, la política de asignación de beneficios y sobre otorgar al consultorio médico la autoridad de llevar el historial de medicamentos y el derecho de intercambiar datos de vacunación con el registro de inmunizaciones del estado.

Si corresponde, los representantes legales firman abajo:

Con mi firma en este formulario, hago constar que soy el representante legal del miembro identificado arriba y entregaré una prueba por escrito (por ejemplo, poder, testamento en vida, documentos de tutela, etc.) que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del miembro con respecto a este formulario de autorización.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Acreditada por AIUM en ecocardiograma y ultrasonido obstétrico y fetal

6266 Poplar Memphis, TN 38119  
Consultorio 901-682-2595 Fax 901-682-2549

Roy Bors-Koefoed, M.D.  
Christy Smith, W.H.N.P., MSN  
Shelia Thomas, F.N.P.

## Manejo de la privacidad, información médica protegida y comunicaciones

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_

### **Información médica protegida:**

Por este medio autorizo la revelación de mi información médica protegida (PHI), incluyendo el estado de la cuenta, los resultados de las pruebas, las citas programadas e información sobre mi tratamiento, a las personas que menciono abajo. Cualquier persona que no esté en la lista no podrá obtener la información médica protegida. No es necesario mencionar a los médicos encargados del tratamiento ni a las compañías de seguros. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la paciente la revoque.

Nombre de la persona autorizada	Relación	Teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

### **Comunicaciones/mensajes automatizados de las pacientes:**

Nuestro consultorio médico usa un sistema electrónico de expedientes médicos con un portal para pacientes integrado que permite que las pacientes, proveedores y personal del consultorio se comuniquen de forma segura y eficaz.

Indique sus preferencias de mensajes automatizados, que se asegurará de ver, para cada uno de los siguientes puntos:

**Notificaciones de salud:** si hay resultados de laboratorio y recordatorios de salud disponibles en el portal para pacientes, se le informará través del método que elija. ¿Qué método de notificación prefiere?

Correo electrónico     Teléfono     Mensajes de texto

**Recordatorios de cita:** recordatorios de citas programadas o que deben programarse.

Correo electrónico     Teléfono     Mensajes de texto

**Anuncios:** recibirá información de la cancelación/reprogramación de una cita, cierre del consultorio o apertura retrasada y otros anuncios importantes del consultorio médico.

Correo electrónico     Teléfono     Mensajes de texto

**Facturación:** aviso de estados de cuenta nuevos y saldos pendientes. Los estados de cuenta y los saldos pendientes se pueden ver y pagar en el portal para pacientes en cualquier momento.

Correo electrónico     Teléfono     Mensajes de texto

Estas preferencias de notificación solo se aplican a los **mensajes automáticos** de nuestro consultorio. Es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono si un asunto urgente necesita su atención.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Acreditada por AIUM en ecocardiograma y ultrasonido obstétrico y fetal

6266 Poplar Memphis, TN 38119  
 Consultorio 901-682-2595 Fax 901-682-2549

Roy Bors-Koefoed, M.D.  
 Christy Smith, W.H.N.P., MSN  
 Shelia Thomas, F.N.P.

## Historia y revisión de los sistemas

Complete todo el formulario para ayudarnos a satisfacer mejor sus necesidades médicas/de salud.

**Nombre de la paciente:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Motivo por el que está aquí hoy: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia a medicamentos o alimentos? \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

### Historia reproductiva:

¿Quién es su médico obstetra? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

¿Es este embarazo el resultado de FIV o IUI? \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha fue el implante? \_\_\_\_\_

¿Usa sus propios óvulos? Óvulos de donante \_\_\_\_\_ Esperma de donante \_\_\_\_\_ Edad de los óvulos donados \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces ha estado embarazada? (Incluir abortos involuntarios, abortos y embarazo actual) \_\_\_\_\_

¿Cuántos de sus embarazos fueron abortos involuntarios? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_

Año de nacimiento	Parto vaginal o cesárea	Niño o niña	Peso	Cuántas semanas tenía al momento del parto	¿Tuvo alguna complicación? (Parto prematuro, cuello uterino corto, presión arterial alta, diabetes, etc.)	¿Están vivos sus hijos?

¿Tiene historia de coágulos de sangre? \_\_\_\_\_; Síndrome de HELLP \_\_\_\_\_; Toxemia \_\_\_\_\_; Restricción de crecimiento fetal \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna vez un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_ ¿Se hizo algún procedimiento en el cuello uterino debido al Papanicolaou anormal? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le hicieron un cerclaje cervical? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué médico la atendió? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial o un diagnóstico reciente de alguna STD (incluyendo gonorrea, clamidia, tricomonas, herpes, sífilis, verrugas genitales, VIH)? \_\_\_\_\_



Roy Bors-Koefoed, M.D.  
Christy Smith, W.H.N.P., MSN  
Shelia Thomas, F.N.P.

**Historia personal:**

¿Tiene algún problema de salud? (por ejemplo: presión alta, diabetes, convulsiones, coágulos sanguíneos, tiroides, etc.)

¿Se ha sometido a alguna operación? \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
¿Cuál era su peso **antes** de quedar embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_

**Social:**

Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Usted trabaja? \_\_\_\_\_ ¿Tiempo completo/tiempo parcial? \_\_\_\_\_  
¿Fuma cigarrillos (tabaco o cigarrillos electrónicos)? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_ Si dejó de fumar, ¿cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_  
¿Consume marihuana? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que consumió? \_\_\_\_\_  
¿Consume drogas callejeras? \_\_\_\_\_ ¿Cuál consume? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que consumió? \_\_\_\_\_  
¿Toma esteroides o AINE (Advil, ibuprofeno, naproxeno, etc.)? \_\_\_\_\_  
¿Ha bebido alcohol durante este embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Qué bebió? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto bebió? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo bebió por última vez? \_\_\_\_\_  
¿Bebe cafeína? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Tiene mascotas dentro de la casa? \_\_\_\_\_  
¿Tienes creencias o valores espirituales que puedan afectar su atención médica? \_\_\_\_\_

**Familia: (Solo parientes consanguíneos)**

N.º de hermanos vivos \_\_\_\_\_ N.º de hermanos fallecidos \_\_\_\_\_ Causa de la muerte: \_\_\_\_\_  
N.º de hermanas vivas \_\_\_\_\_ N.º de hermanas fallecidas \_\_\_\_\_ Causa de la muerte: \_\_\_\_\_  
Madre: viva \_\_\_\_\_ fallecida \_\_\_\_\_ ¿De qué murió? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tenía? \_\_\_\_\_  
Padre: vivo \_\_\_\_\_ fallecido \_\_\_\_\_ ¿De qué murió? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tenía? \_\_\_\_\_  
Abuela materna (madre de su mamá): viva \_\_\_\_\_ fallecida \_\_\_\_\_ Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Abuelo materno (padre de su mamá): vivo \_\_\_\_\_ fallecido \_\_\_\_\_ Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Abuela paterna (madre de su papá): viva \_\_\_\_\_ fallecida \_\_\_\_\_ Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Abuelo paterno (padre de su papá): vivo \_\_\_\_\_ fallecido \_\_\_\_\_ Causa de la muerte \_\_\_\_\_





Acreditada por AIUM en ecocardiograma y ultrasonido obstétrico y fetal

6266 Poplar Memphis, TN 38119  
Consultorio 901-682-2595 Fax 901-682-2549

Roy Bors-Koefoed, M.D.  
Christy Smith, W.H.N.P., MSN  
Shelia Thomas, F.N.P.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Ha tenido o tiene:**

Complexión física:  Fiebre  Escalofríos  
 Cambio significativo en su peso (aumento o pérdida)

Ojos:  Cambios en la vista  Ve manchas en su vista  
 **Último examen de la vista** \_\_\_\_\_  
 **Ha ido a consulta con un oftalmólogo** \_\_\_\_\_

ENT:  Congestión nasal  Drenaje sinusal  
Respiratorio:  Problemas de asma  Tos  Dolor de garganta  
 Falta de aire  
 **Ha ido a consulta con un pulmonólogo/neumólogo** \_\_\_\_\_

Corazón:  Latidos cardíacos irregulares  Mareo  Desmayos  
 Presión arterial alta  
 **Último electrocardiograma (EKG)** \_\_\_\_\_  
 **Ha ido a consulta con un cardiólogo** \_\_\_\_\_

Sangre:  Sangrado de las encías  Se le hacen moretones con más facilidad  
 **Ha ido a consulta con un hematólogo** \_\_\_\_\_

Gastrointestinal:  Acidez estomacal/indigestión  Cambio en el apetito  Diarrea  
 Estreñimiento  Náuseas  Vómitos  
 **Último examen dental** \_\_\_\_\_  
 **Ha ido a consulta con un gastroenterólogo** \_\_\_\_\_

\*Obstetricia:  Contracciones  Sangrado vaginal  Pérdida de líquido  
 Secreción vaginal  Picazón vaginal  Irritación vaginal  
 Buen movimiento fetal  Disminución del movimiento fetal  
 **Se ha hecho pruebas de glucosa/ "azúcar en la sangre"** \_\_\_\_\_  
 **Ha ido a consulta con su obstetra** \_\_\_\_\_

Endocrinos:  Alto nivel de azúcar en la sangre  Bajo nivel de azúcar en la sangre  
 **Ha ido a consulta con un endocrinólogo** \_\_\_\_\_  
 Ha tenido algún cambio en sus medicamentos \_\_\_\_\_

Riñón:  Dolor al orinar  Frecuencia urinaria  Sangre en la orina  
 **Ha ido a consulta con un nefrólogo/urólogo** \_\_\_\_\_

Músculos:  Dolor en las articulaciones

Piel:  Sarpullido  Picazón  
 **Ha ido a consulta con un dermatólogo** \_\_\_\_\_

Neurológico:  Dolor de cabeza  Mareo  Última convulsión \_\_\_\_\_  
 **Ha ido a consulta con un neurólogo** \_\_\_\_\_  
 Ha tenido algún cambio en sus medicamentos \_\_\_\_\_

Psicológicos:  Problemas de depresión  Problemas de ansiedad  
 Tengo pensamientos de hacerme daño o hacerle daño a los demás  
 **Ha ido a consulta con un psicólogo** \_\_\_\_\_  
 Ha tenido algún cambio en sus medicamentos \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que sienta que debemos saber hoy? \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





Roy Bors-Koefoed, M.D.  
Christy Smith, W.H.N.P., MSN  
Shelia Thomas, F.N.P.

Acreditada por AIUM en ecocardiograma y ultrasonido obstétrico y fetal

6266 Poplar Memphis, TN 38119  
Consultorio 901-682-2595 Fax 901-682-2549

## Política de ultrasonidos

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_

*Mid-South Maternal Fetal Medicine tiene el compromiso de prestarle a usted y a su bebé por nacer una excelente atención médica.*

Mid-South Maternal Fetal Medicine es un consultorio médico acreditado por AIUM que cree en el diagnóstico y el uso prudente de la tecnología de ultrasonido para la evaluación del feto y de la madre.

## **EL ULTRASONIDO 3D/4D SE USA SOLO CON FINES DE DIAGNÓSTICO**

Durante su consulta, le agradeceremos que:

1. Apague los teléfonos celulares durante el ultrasonido.
2. No grabe video ni audio del ultrasonido.
3. Todos los niños deben permanecer sentados durante el ultrasonido. Si el niño tiene menos de un año, traiga a alguien que lo cuide durante el ultrasonido o puede traer una silla para el auto/de paseo para el niño.
4. Se quite todos los piercings (en el ombligo y vagina). Esto no incluye aretes ni piercings faciales. Los piercings pueden dañar el equipo de ultrasonido.
5. Puede que estén dos personas presentes durante su ultrasonido.

Le daremos las imágenes de su bebé (si es técnicamente factible) en su consulta inicial. En las siguientes consultas, recibirá imágenes del bebé cuando se le mida el tamaño para evaluar su crecimiento.

Firma de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# MID-SOUTH MATERNAL FETAL MEDICINE, P.C.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE. TIENE DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO SI LA PIDE.

### Información médica de la paciente

Según la ley federal, su información médica como paciente está protegida y es confidencial. La información médica de la paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información médica también incluye información de pago, facturación y seguro.

### Cómo usamos la información médica de las pacientes

La ley nos permite usar y revelar información médica de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

### Ejemplos de tratamiento, pago y operaciones de la atención médica

**Tratamiento:** usaremos y revelaremos su información médica para dar tratamiento o prestar servicios de atención médica. Por ejemplo, los enfermeros, los médicos y otros miembros del equipo de tratamiento registrarán información en su expediente y la usarán para determinar el curso de atención médica más apropiado. También podemos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que surten sus recetas y a los familiares que están ayudando con su cuidado.

**Pago:** usaremos y revelaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener la autorización de su compañía de seguros antes de proporcionar ciertos tipos de tratamiento. Enviaremos facturas y mantendremos registros de pago de su plan médico.

**Operaciones de atención médica.** Usaremos y revelaremos la información médica para completar nuestras operaciones internas estándar, incluyendo el manejo adecuado de los expedientes, la evaluación de la calidad del tratamiento y la atención médica, y los resultados de su caso y otros casos similares.

### Usos especiales

Podemos usar su información para enviarle recordatorios de citas. También podemos comunicarnos con usted para darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

### Nuestros usos y revelaciones

Podemos usar y revelar su información médica identificable por otras razones, incluso sin su consentimiento. Sujeto a determinados requisitos, se nos permite dar su información médica para los siguientes propósitos:

**Obligatorio por ley:** estamos obligados por ley a informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.

**Actividades de salud pública:** según lo exige la ley, podemos revelar a las autoridades de salud pública información sobre estadísticas vitales, enfermedades, el retiro del mercado de productos peligrosos e información similar.

**Supervisión de la salud:** es posible que estemos obligados a revelar información para ayudar en investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos revelar información en respuesta a una citación u orden judicial apropiada.

**Cumplimiento de la ley:** sujeto a determinadas restricciones, podemos revelar información necesaria para los oficiales encargados de hacer cumplir la ley.

**Muerte:** podemos dar información sobre las muertes a los médicos forenses, los examinadores médicos, los directores de funerarias y las agencias de donación de órganos.

**Amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad para usted, otra persona o el público.

**Funciones militares y especiales del gobierno:** Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos revelar información según lo exige las autoridades de comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

**Investigación:** Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas aprobadas.

**Compensación de los trabajadores:** Podemos revelar información sobre usted para la compensación de los trabajadores o programas similares que dan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En cualquier otra situación, debemos pedir una autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información médica protegida. Si elige firmar una autorización para revelar información, después podrá revocar esa autorización para detener cualquier uso y revelación futuros. Las solicitudes de revocación deben hacerse por escrito y presentarse al director de Privacidad de la clínica.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Comuníquese con nuestro consultorio para obtener el formulario apropiado para ejercer estos derechos.

**Derecho a pedir restricciones:** Puede pedir restricciones para determinados usos y revelaciones de su información médica. No estamos obligados a aceptar tales restricciones, pero si aceptamos, debemos cumplirlas.

**Derecho a comunicaciones confidenciales:** Puede solicitarnos comunicaciones confidenciales, por ejemplo, enviando avisos a una dirección especial o no llamando para recordatorios de citas.

**Derecho a revisar y obtener copias:** En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Puede haber un cargo por las copias.

**Derecho a modificar la información:** Si cree que la información en su expediente es incorrecta o que falta información importante, tiene derecho a pedir que corriamos la información existente o agreguemos la información que falta. No estamos obligados a aceptar dicha modificación, pero debemos decirle nuestras razones.

**Derecho a llevar un historial de revelaciones:** Puede pedir una lista de casos en los que hemos revelado su información médica por razones distintas a tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

### **Nuestra responsabilidad legal**

La ley nos exige proteger y mantener la privacidad de su información médica, dar este Aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y cumplir los términos del aviso actualmente vigentes. Puede recibir una copia de este aviso, si la pide.

### **Cambios en las prácticas de privacidad**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer algún cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en el área de espera y en cada sala de examen. También puede solicitar una copia del aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro director de Privacidad.

### **Quejas**

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado respecto a expedientes, comuníquese con nuestro director de Privacidad. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El director de Privacidad le dará la dirección correspondiente si la pide. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

### **Persona de contacto/director de Privacidad**

Si tiene alguna pregunta, queja o solicitud, comuníquese con:

Stephanie Wheeler  
8110 N Brother Blvd, Ste. 200  
Bartlett, TN 38133  
(901) 202-6122 o [swheeler@clearlymd.com](mailto:swheeler@clearlymd.com)

Lindsey Henry  
6266 Poplar  
Memphis, TN 38119  
(901) 682-2595 o [lhenry@msmf.com](mailto:lhenry@msmf.com)