



## Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo Legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Indio Americano  Nativo de Hawái o el Pacifico  Americano  
 Hispano

Origen Étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Idioma escrito: \_\_\_\_\_

Intérprete necesario:  Si  No

¿Tiene alguna dificultad de comunicación/necesidades especiales:  Discapacitados visuales

Discapacitados auditivos  Necesidades especiales

Método de comunicación preferido:  Sin preferencia  Correo  Teléfono  My Chart

Al marcar una de las casillas para el Método de Comunicación Preferido, acepto recibir correspondencia de Fort Worth Renal Group

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Poder Judicial: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_



**PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE – GARANTE:**

Igual que la información del paciente (*Si es diferente, complete la sección a continuación*)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION:**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Número de ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Número de ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Marque aquí si no tiene cobertura de seguro (Cuenta de Efectivo)



## **LINEAS FINANCIERAS Y DE PAGO:**

El pago debe efectuarse en el momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguros.

- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a Fort Worth Renal Group por los servicios prestados a mí o a los dependientes.
- Se presentará un seguro por los servicios prestados. Cualquier cargo por servicios no cubiertos por el seguro será responsabilidad del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios de seguro y si los servicios prestados son o no beneficios cubiertos.
- Soy responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en la demografía o la información de seguros y facturación.
- Los servicios fuera de la red no pagados por la compañía de seguros de salud serán responsabilidad del paciente.
- Fort Worth Renal Group o su agente autorizado proporcionarán información médica a la compañía de seguros según sea necesario para el pago de reclamos por servicios prestados.
- Por la presente doy mi consentimiento para las consultas de la oficina de crédito y recibir llamadas de mensajes automarcados/artificiales o pregrabadas, y/o mensajes de texto a mi teléfono celular y al número de teléfono hormiga proporcionado durante mi proceso de registro.

### **Servicios de laboratorio / X-Ray / Diagnóstico:**

- Entiendo que puedo recibir una factura separada si mi atención médica incluye laboratorio, rayos X u otros servicios de diagnóstico. Además, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier copago, deducible y coseguro debido por estos servicios si no son reembolsados por mi seguro.

## **DIVULGACION DE INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

- Autorizo la publicación de todos los registros médicos a médicos especialistas y/o consultores si corresponde a mi cuidado y condición.
- Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, a la Administración de Financiamiento de La Atención Médica, a sus intermediarios, a sus transportistas o a cualquier otra compañía de seguros, cualquier información necesaria para esto o cualquier reclamación relacionada a ser procesada. Permito que una copia de esta autorización se utilice en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea para mí o para la parte que acepta asignaciones. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento.
- Autorizo y solicito además que los pagos del seguro se dirijan a Fort Worth RenalGroup.

### **RECONOCIMIENTO:**

He leído, compreto completamente y acepto la divulgación anterior de información médica a otros, directrices financieras y de pago, divulgación de información y asignación de beneficios. También certifico que toda la información proporcionada es completa y precisa.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), los pacientes tienen ciertos derechos a la privacidad con respecto a su información médica protegida. Al firmar a continuación, usted, el paciente, reconoce lo siguiente con respecto a la gestión de su información médica protegida. Su información médica protegida se utilizará para:

- Conducta, plan y tratamiento directo por parte de los médicos empleados por Fort Worth Renal Group y se compartirá en cooperación con los proveedores de atención médica que están involucrados en su atención directa o indirectamente.
- Para obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de atención médica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones.

Al firmar a continuación, usted acepta que ha recibido o renunciado a su derecho a recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de información médica protegida. Usted entiende que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. También entiende que puede solicitar a esta organización una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Fort Worth Renal Group haya publicado previamente confiando en este consentimiento.

1. ¿Tenemos permiso para dejar un mensaje detallado con respecto a cualquier cita, tratamiento o resultados de pruebas en cualquiera de los siguientes números que tenemos en el archivo para usted:

**Casa:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No    **Cell:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No    **Trabajo:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

2. ¿Tenemos permiso para dejar un número de devolución de llamada en cualquiera de los siguientes números que tenemos en el archivo para usted:

**Casa:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No    **Cell:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No    **Trabajo:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

3. ¿Tenemos permiso para enviar información detallada sobre citas, tratamientos o resultados de exámenes a su domicilio:  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No

4. ¿Tenemos permiso para enviar por correo electrónico información detallada sobre citas, tratamientos o resultados de pruebas a la dirección de correo electrónico que nos ha proporcionado:  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_ N/A

**Por favor, enumere a cualquier persona con la que nos dé permiso para discutir sus registros médicos con:**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Autorización para divulgar información de atención médica

Lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas como ese término se definen por HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas n.o 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información médica protegida de esa persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, el desempeño de ciertas funciones de seguro, o según lo autorice la ley. **Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con LA HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables.** A las personas no se les puede negar el tratamiento basado en la falta de firma de este formulario de autorización, y una negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a divulgar los registros médicos del paciente mencionado anteriormente para:

Fort Worth Renal Group  
1902 Windsor Place, Suite 102  
Fort Worth, Texas 76110  
682-207-1700

Esta solicitud y autorización se aplica a:

¿Qué información se puede divulgar? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea que se divulguen. Se requiere la firma de un paciente menor para la liberación de algunos de estos artículos. Si se va a divulgar toda la información de salud, marque solo la primera casilla.

Toda la información de salud  Historia/Examen Físico  Medicamentos pasados/presentes  Resultados de laboratorio  Órdenes del Médico  Alergias al paciente  Informes de operación  Informes de consulta  Nota de progreso  Resumen de la descarga  Informes de pruebas diagnósticas  Información de facturación  Otro

Sus iniciales deben divulgar la siguiente información:

Registros de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia)  Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)  Registros de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias  Resultados/Tratamiento de la prueba del VIH/SIDA

**PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO.** Esta autorización es válida hasta el antes de la ocurrencia de la muerte de la persona; la persona que alcanza la mayoría de edad; o se retira el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional): Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO A REVOCAR:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento dando aviso por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIEN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACION DE SALUD." Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas.

**AUTORIZACION DE FIRMA:** He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud que ha ocurrido antes de la revocación o que de otro modo está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas n.o 181.154(c) y/o 45 C.F.R. a 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para el Cuidado y el Tratamiento

AL PACIENTE:

Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su condición y los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados que se utilizarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer el riesgo y los peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición o condición identificada,

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al cantar a continuación, usted es la indicación de que:

- Usted tiene la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento.
- Usted acepta el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común.
- Usted tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.
- Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, el riesgo potencial y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted.
- Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.
- Solicito voluntariamente a un médico y/o proveedor de nivel medio (Nurse Practitioner, Physician Assistant o Clinical Nurse Specialist) y a otros proveedores de atención médica o a los designados según lo considere necesario, que realicen un examen médico, prueba y tratamiento razonable y necesario para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica.
- Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme consentimientos adicionales antes de la prueba o procedimientos).

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento completa y voluntariamente su contenido.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Lista de médicos

**Médico**

**Número de teléfono y fax**

---

Cardiólogo

---

Neumólogo

---

Endocrinólogo

---

Neurólogo

---

Gastroenterólogo

---

Hematólogo

---

Urólogo

---

Otro







Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de Historia Médica

- |                                   |   |                                       |   |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Síntomas de alergia               | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Colesterol alto                       | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Anemia                            | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Antecedentes de transfusión de sangre |   |
| Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Vih                                   | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Artritis                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Hipertensión                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Asma                              | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Enfermedad renal                      | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Enfermedad arterial coronaria     | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Enfermedad hepática                   | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Meningitis                            | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Catarata                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Enfermedad de la válvula mitral       | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Trastorno de coagulación          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Infarto de miocardio                  | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Osteoporosis                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| COPD                              | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Convulsiones                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Depresión                         | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Célula falciformes                    | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Apnea del sueño                       | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Enfisema                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Derreme cerebral                      | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Ulceras gástricas                 | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Abuso                                 | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| GERD                              | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Enfermedad tiroidea                   | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Glaucoma                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado | Tuberculosis                          | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |

### Surgical Procedure

- |  |           |                              |
|--|-----------|------------------------------|
| Apendicectomía                         | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Biopsia (ubicación)                    | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía cerebral                       | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía mamaria                        | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía de colon                       | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Injerto de bypass de arteria coronaria | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía estética                       | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cesárea                                | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía ocular                         | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía de fractura                    | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía de vesícula biliar             | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Reparación de hernia                   | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Histerectomía                          | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Reemplazo de articulaciones            | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía de próstata                    | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Cirugía de columna vertebral           | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Ligadura                               | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Reemplazo de válvulas                  | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |
| Vasectomía                             | Año _____ | Comentarios/Ubicación: _____ |



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Social** (marque todos los que correspondan)

Tobacco:  Nunca  Pasado  Activo  Cigarrillo  Cigarro  Pipa

Empezar \_\_\_\_\_ Parada \_\_\_\_\_ Paquetes por día \_\_\_\_\_

Alcohol:  Nunca  Pasado  Activo  Licor  Vino  Cerveza  AA  Rehabilitación de alcohol

Bebidas por: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Mes

Drogas ilícitas:  Nunca  Pasado  Activo  Cocaína  Marihuana  Heroína  Anfetamina  Barbitúrico  
 Rehabilitación de drogas

**Historia Médica Familiar** (por favor haga un check-in en las casillas que aplican):

	Vivo / Difuntos	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad De Riñón	Enfermedad De Corazón	Cáncer	Derrame Cerebral
Padre							
Madre							
Abuelo Paternal							
Abuela Paternal							
Abuelo Maternal							
Abuela Maternal							
Hermanos							
Niños							

**Vacunas** (indique el año en que tuvo alguna de las siguientes vacunas)

Vacuna contra la gripe \_\_\_\_\_ Vacuna contra la neumonía \_\_\_\_\_



## Aviso de Prácticas de Privacidad (Medico)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE.

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y otra información de salud identificados individualmente utilizada o revelada por esta oficina, en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral se mantienen adecuadamente confidencial. Esta ley le da, los derechos del paciente, importantes para entender y controlar como su información médica se utiliza. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que la información mal de salud personal.

Como es requerido por HIPAA, hemos preparado esta explicación de cada parámetro de la forma en que están obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos utilizar y divulgar su información médica.

Podemos utilizar y divulgar su historial médico para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por uno o más proveedores de salud están.
- El pago se entiende las actividades tales como la obtención de Rembolsó de los servicios, lo que confirma Actividades cobertura, facturación o cobro, y la utilización.
- Las operaciones de asistencia se incluyen los aspectos del negocio de funcionamiento de nuestra práctica, tales como la evaluación de la calidad y la conducción de las actividades de mejora, la función de auditoría, análisis de costos y gestión, y servicio al cliente.

Además, podemos crear y distribuir re-identificados información de salud sobre el tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y los servicios que puedan ser de interés para usted.

Cualquier otro uso o divulgación se hará solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y, estamos obligados a honrar y cumplir con esa petición por escrito, excepto en la medida en que ya hemos tomado medidas al confiar en su autorización.

Usted tiene los derechos siguientes con respecto a su información de salud protegida, que se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo los relacionados con la divulgación a
- miembros de la familia, otros parientes, amigos íntimos, o cualquier otra persona identificada por usted. Estamos, sin embargo, no requiere a aceptar una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo a la restricción, hay que atenerse a ella a menos que usted está de acuerdo por escrito para eliminarlo.
- El derecho a la petición razonable para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida El derecho de enmendar su información de salud protegida
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida. El derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros bajo petición

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y que le proporcionará una notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Esta notificación es efectiva a partir del 14 de abril de 2003, y estamos obligados a cumplir con sus términos. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de sus prácticas de privacidad y para que las disposiciones nuevas políticas efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Vamos a publicar y usted puede solicitar una copia por escrito de un Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina

Usted puede recurrir si considera que sus protecciones a la privacidad han sido violadas. Usted tiene el derecho a presentar una queja por escrito a nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de la presente notificación, o las políticas y precederos de nuestra oficina. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Póngase en contacto con nosotros para más información: Fort Worth Renal Group  
Para más información sobre HIPAA o para presentar una queja: El Departamento U.S de Salud y Servicios Humanos