



LOS DATOS DEL PACIENTE
FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR COMPLETO

La fecha de hoy
Nombre legal del paciente
Fecha de nacimiento
Dirección
Números preferidos: Primario (hogar o celulares)
Idioma preferido
Raza
Origen Étnico

INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTOR

Nombre madre / Tutor
Dirección de la casa
Números preferidos: Primario (casa o celular)
Nombre del padre / Tutor
Dirección de la casa
Hijo menor de edad vive con
Si los padres no están casados, ¿quién tiene la custodia legal primaria?
¿Existen documentos legales que indica quién es responsable de la cobertura de salud?

Médico de atención primaria / Pediatra
Médico referente

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y relación
Teléfono durante el día

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Primario
Nombre del asegurado y relación
Secundario
Nombre del asegurado y relación

INFORMACIÓN DE FARMACIA PREFERIDA

Nombre de la farmacia
Dirección de la farmacia

Autorizo a AGA a comunicarse electrónicamente con nuestra farmacia preferida para obtener el historial de prescripciones del paciente.

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE

Yo certifico que la información de arriba es correcta y verdadera. Doy mi consentimiento para el paciente a sea tratado por el personal y los proveedores de la AGA, LLC y sus afiliados.

Firma del padre/Tutor legal
Fecha

AGA, LLC ("AGA") cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AGA no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

AGA:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, etc.)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con the Site Manager.

Si considera que AGA no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: AGA, LLC, ATTN: Compliance Officer, 550 Peachtree Street NE, Ste 1600, Atlanta, GA 30308, (phone) 404.888.7575, (fax) 404.253.6896, (email) hipaacompliance@atlantagastro.com .

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, the Compliance Officer está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Bienvenidos a la División de Pediatria y Adolescentes de Atlanta Gastroenterology Associates

En la división de pediatría y adolescentes de AGA, nuestros doctores altamente capacitados se dedican a ofrecer a niños y adolescentes los mejores cuidados en un ambiente confortable y sensible. Ya sea que venga para una cita rutinaria o un procedimiento específico, la información en este panfleto le ayudará a tener una visita más sencilla. Por favor, tome un momento para leerlo atentamente. Si tiene alguna pregunta, cualquier miembro del personal estará encantado de ayudarlo.

Citas Perdidas / Cancelación

Si el paciente no puede atender a su cita, favor de cambiar la fecha por lo menos con 24 horas de antelación. Cualquier cita perdida sin aviso antes de las 24 horas, requiere de un pago de \$25.

Pago

- Se espera que cualquier pago se presente en el momento en que se recibe el servicio. Esto incluye todos los copagos, seguro compartido, y/o deducibles basados en el plan de seguro del paciente.
- Se acepta dinero en efectivo, cheques, y todas las tarjetas de crédito principales.
- Si un cheque es devuelto, esto resultará en un pago adicional de \$30.
- Usted podrá organizar planes de pago en nuestra oficina con nuestro consejero de finanzas.

Información del Paciente

- Los padres, tutores, y pacientes de más de 18 años de edad deben mostrar identificación con foto. También se debe presentar la tarjeta (o tarjetas) de seguro actual del paciente.
- Por favor llegue temprano, permitiéndose tiempo suficiente para lidiar con posible tráfico, aparcamiento, y para completar cualquier tipo de papeleo necesario.
 - ◆ Nuevos pacientes: 30 minutos
 - ◆ Pacientes registrados: 15 minutos
- Favor de traer todos los resultados de exámenes médicos, análisis, rayos-x, etc., que sean pertinentes a la razón de su visita. Si Ud. No tiene esos documentos, asegúrese de que sean mandados a nuestra oficina antes de su cita.

Correo: AGA Pediatric & Adolescent Division
5445 Meridian Mark Dr., Suite 490
Atlanta, GA 30342

Fax: 404.843.6321

Información de Aseguranza

- AGA participa y acepta la gran mayoría de planes médicos; aún así usted debería saber los siguientes detalles acerca del plan específico del paciente:
 - ◆ Si el doctor elegido y sus servicios están en el sistema de su seguro.
 - ◆ Si el doctor escogido es de la especialidad adecuada.
 - ◆ Su deducible anual.
 - ◆ Su copago en visitas al consultorio.
 - ◆ Si requiere de una referencia.
- Coordine todas las referencias necesarias con el médico de cabecera del paciente y entréguelas a nuestra oficina por lo menos 48 horas antes de su cita.
- AGA presentará reclamaciones primarias, secundarias, y terciarias en nombre del paciente siempre y cuando la información necesaria para procesar el reclamo haya sido obtenida y verificada por nuestra oficina antes de su visita. Si esta información es recibida después de la cita entonces el padre, tutor, o fiador es responsable por el saldo del paciente.
- AGA acepta Medicare, Medicaid, y la gran mayoría de seguros ofrecidos en Georgia.

Si el paciente tiene cita para un procedimiento médico, las instrucciones e indicaciones de la localización específica serán proveídas por un miembro del personal

Llame para una cita | L-V

8 AM to 5 PM
404.843.6320

Horas de oficina | L-V

9 AM to 5 PM

www.AGApediatrics.com

La fecha de hoy _____

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer

Referido Por _____ Doctor Primario _____

Describa la(s) razón(es) de su visita _____

Por cuánto tiempo han persistido los síntomas? _____

Si hubo algún cambio en el peso (pérdida/aumento), enlistar la cantidad _____

1) HISTORIA DE LA MEDICINA

Por favor marque todo lo que corresponda

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria del intestino | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Migrañas | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> ERGE | | |

Liste problemas médicos adicionales, incluyendo historia de cancer o tratamientos psiquiátricos.

2) VACUNAS

¿Ha recibido Alguna Vacuna? Sí No

3) PRUEBAS DE LABORATORIO

Marque y proporcione las fechas más recientes de alguno de las siguientes pruebas de laboratorio.
Proporcionar una copia de los resultados de laboratorio o pruebas.

Análisis de sangre _____ Heces fecales _____ Orina _____

4) HOSPITALIZACIÓN Y LA HISTORIA QUIRÚRGICA

Marque lo que corresponda incluyendo la edad y la fecha del procedimiento o la hospitalización.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Hernia _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía _____ | <input type="checkbox"/> Myringotomía (Tubos de Ventilación) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Funduplicatura de Nissen _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Colon _____ | <input type="checkbox"/> Pequeña Cirugía de intestino _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columa _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía por Fractura _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> G-Tube _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de trasplante _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Vesícula biliar _____ | <input type="checkbox"/> Endoscopia Superior (EGD) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

5) IMÁGENES

Marque y proporcione fechas si ha tenido alguno de los siguientes servicios de imágenes recientemente.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Esfigmografía _____ | <input type="checkbox"/> Ultrasonido _____ |
| <input type="checkbox"/> Tomografía _____ | <input type="checkbox"/> Rayos X _____ |
| <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

6) MEDICAMENTOS

Lista de los medicamentos actuales (incluyendo hierbas, suplementos y de venta libre) y la dosis

Autorizo Atlanta Gastroenterology Associates a obtener el expediente de recetas médicas del paciente vía electrónica. Sí No

¿Está el paciente actualmente tomando alguna de las siguientes aspirinas/analgésicos?

Advil Aleve BC Powder Polvo de Goody Ibuprofeno Naprosyn

Enliste alergias a medicamentos, a alimentos, al látex y alergias medioambientales, incluyendo las reacciones.

¿El paciente tiene una historia personal y/o hay antecedentes familiares de problemas con anestesia? Sí No

7) DIETAS ACTUALES

Para lactantes Amamantados Alimentados con Fórmula Ambos

Fórmula preferida _____ Fórmula que intentó _____

Un año o más Dieta regular Dieta especial Enliste los detalles _____

8) ANTECEDENTES SOCIALES

Enliste todas las personas que viven en la misma casa del paciente _____

Es el paciente adoptado? Sí No El paciente está bajo adopción temporal? Sí No

Cuál es la escolaridad del paciente? _____ El paciente está faltando a la escuela? Sí No

Si es así, cuántos días por mes no asiste a clases? _____

El paciente está faltando a actividades escolares? Sí No Si es así enliste las actividades escolares a las que está faltando

Enlistar cualquier viaje reciente (lista de destinos y fechas) _____

Enlistar los tipos de animales que el paciente tiene a su alrededor con regularidad _____

Enlistar cualquier motivo de estrés familiar (Ejemplos: financiero, marital, muerte, asuntos de la escuela) _____

Alcohol (cerveza, vino, o Licor) Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual

Tobaco (cigarillos, cigarros, tabaco de masticar) Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual

LA HISTORIA DE NACIMIENTO

9) Peso al nacer _____ Longitud al nacer _____ de término completo prematuro Dio a luz en la semana # _____

Tipo de parto Vaginal Cesárea

Enumerar las dificultades embarazo o el parto _____

10) **REVISION DE SISTEMAS:** Actualmente, el paciente tiene o ha experimentado de manera reciente, alguno de los siguientes problemas? Anotar si un miembro de la familia está experimentando o tiene también algunos de los siguientes problemas. (Miembros de la familia incluyen a los padres, hermanos, abuelos, tíos, y primos)

OJOS	Paciente	Pariente	Relation	GASTROINTESTINAL, <i>continuación</i>	Paciente	Pariente	Relation
Cambios en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Úlceras Estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OIDOS/NARIZ/GARGANTA				Colitis Ulcerativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pérdida de peso no intencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Úlceras o Ampollas Bucales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	SISTEMA GENITAL-URINARIO			
Sangrados Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pacientes Femeninas colocar fecha de la última menstruación			_____
Dentadura Precaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SISTEMA CARDIOVASCULAR				Reciente/Frecuente Infección del			
Arritmias (latido irregular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tracto Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	PIEL			
Anormalidades Congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dermatitis o salpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prolapso de la Válvula Mitral				Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
o Soplo del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ictericia (Ojos o Piel amarilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SISTEMA RESPIRATORIO				SISTEMA NEUROLOGICO			
Problemas para Inhalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolores de Cabeza/ Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma/Silbido pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hidrocefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	MÚSCULOS Y ESQUELETO			
Fibrosis Cística o quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor en las Articulaciones/Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lupus, esclerodermia, Enfermedades afines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Virus Sincitial Respiratorio o RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	SISTEMA ENDÓCRINO			
Falta de respiracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Apnea al dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades metabolicas hereditarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SISTEMA GASTROINTESTINAL				Problema de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	PSIQUIATRIA			
Fisuras Anales (Hemorroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trastorno por Déficit de la Atención			
Dolor o Comezón en el Ano/Recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	con Hiperactividad/TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heces Negras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Inflamación/Eruptos/Flatulencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Celiaca (gluten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	SISTEMA LINFÁTICO /HEMATOLOGIA			
Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pólipos en el Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Constipado (estreñimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Agrandamiento de Nódulos/ Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diarrea/heces líquidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ALERGIAS/SISTEMA INMUNOLÓGICO			
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias medio ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Piedras o Problemas de la Vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infecciones Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangrado Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	OTROS			_____
Hepatitis o enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Acidez Estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Pólipos Intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Mucosidad al defecar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Náusea/ Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Firma del padre/Tutor legal _____

Fecha _____

A continuación mi firma confirma que he revisado los datos anteriores con el paciente, con la familia.

Firma del Medico _____

Fecha _____

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
(en letra de imprenta)

Padres/Nombre Tutor Legal _____

Gracias por elegir AGA, LLC (AGA). Por favor lea y firme esta Declaración de Divulgación Financiera antes de la cita médica. Garanté que no pagan en su totalidad en el momento del servicio deben completar los formularios de información y de seguros requeridos antes de la prestación del servicio.

Podría recibir las siguientes facturas como resultado de la visita al médico:

- **Honorario del médico:** La tarifa tiene que ser pagada al médico para realizar el servicio. Esta factura será emitida por AGA, LLC, AGA Clinical Services, LLC, o AGA Professional Services, LLC.
- **Tarifa de laboratorio:** Si una prueba de laboratorio se ordena, usted recibirá un cobro del laboratorio o de un radiólogo.

Algunas compañías de seguros requieren certificación previa para este servicio. Haremos todo lo posible para verificar los beneficios y obtener cualquier pre-certificación necesaria antes de su cita. Esto no es una garantía de pago.

La compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios que detallará cómo efectuó el pago de la factura y cualquier cantidad de la que usted pueda ser responsable. Es su responsabilidad entender los beneficios del seguro.

Algunos planes de seguro demandan de usted el pago de diferentes cantidades basados en dónde se realiza el servicio. Los deducibles, coaseguros y copagos también se podrían añadir, según su plan de seguro. Por ley, usted es responsable de estas cantidades, así como cualquiera de los servicios no cubiertos y descriptos en su plan de salud. Vamos a presentar reclamos primarios y secundarios en nombre del paciente, siempre y cuando se obtenga la información necesaria para procesar el reclamo y que ésta sea verificada antes de la visita. Si se obtiene esta información después de la visita o si la información proporcionada se considera inactiva durante las fechas de servicio, el garante es responsable del pago del balance.

Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. AGA y sus afiliados recolectan los copagos en el momento del servicio. Pago adicional puede ser requerido según cual sea su plan de seguro. Para todos los saldos pendientes, AGA enviará estados de cuenta a la dirección de la parte responsable. Si hay un saldo a pagar en cualquier filial de AGA, LLC, incluida AGA Clinical Services, LLC o AGA Servicios Profesionales, LLC, el pago se aplicará primero al saldo pendiente más antiguo. En el caso de que la cuenta tenga un crédito por parte de una filial de la AGA y un déficit por parte de otro, nos reservamos el derecho de transferir cualquier crédito a los saldos pendientes antes de emitir un reembolso.

Otras cuestiones relativas al régimen de facturación o acuerdos de pago deben ser dirigidas de la siguiente manera:

- **Para una visita próxima,** llame a la oficina donde se pautó la cita y pida hablar con el consejero financiero.
- **Para visitas previas,** llame a 678.223.7788.

Si no puede asistir a su cita, por favor, cancele con una antelación de 48 horas al día de la cita. Por una cita perdida usted recibirá un cobro de \$25. Un cargo de \$30 será efectuado por cheques devueltos.

Padres divorciados: En casos de divorcio o separación, el padre que autoriza el tratamiento/servicio para el paciente menor de edad será el responsable de los cargos posteriores. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague la totalidad o parte de los cargos, es responsabilidad del padre que autoriza la recolección por parte del otro padre. Ni AGA ni sus filiales mediarán en pagos entre los padres.

REASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Al firmar abajo, entiendo las prácticas de facturación de AGA, LLC y sus afiliados y que puedo recibir múltiples facturas relacionados con los servicios como se explicó anteriormente. Autorizo el pago de beneficios médicos a AGA, LLC y sus afiliados y autorizo a liberar cualquier información médica necesaria para procesar reclamos. Doy a AGA, LLC permiso para aplicar los pagos recibidos de los saldos adeudados en AGA, LLC, o cualquiera de sus filiales, incluida AGA Clinical Services, LLC o AGA Servicios Profesionales, LLC, y entiendo que los pagos se aplicarán primero al saldo más antiguo. Entiendo que soy financieramente responsable de los copagos, deducibles, coaseguros y los servicios no cubiertos como se indica por el plan de salud del paciente.

Padre/Firma del Tutor Legal _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

AGA, LLC y sus afiliadas ("AGA") presentan esta Notificación de Prácticas de Privacidad ("Notificación") a nuestros pacientes, que describen cómo se puede usar o divulgar su información médica identificable (denominada información de salud protegida o PHI), y para que se les notifique sus derechos con respecto a esta información.

Paciente Información de Salud Protegida del Paciente

Bajo la ley federal, su información médica está protegida y es confidencial. Información de salud protegida (PHI) incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, procedimientos, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también el pago, facturación y seguros.

Cómo usamos su información de salud protegida

AGA utiliza la información sobre su salud para el tratamiento, el análisis de los procedimientos y resultados de laboratorio. También utilizamos su PHI para obtener el pago y operaciones de cuidado de salud, incluyendo los propósitos y la evaluación de la calidad de la atención que usted recibe. Bajo algunas circunstancias en las que se aplica la ley, podríamos estar obligados a utilizar o revelar la información sin su permiso.

Ejemplos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Tratamiento: AGA va a usar y divulgar su PHI para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y lo utilizan para determinar el curso más apropiado de cuidado. AGA también puede revelar esta información por fax, en persona o por medio de las telecomunicaciones. Podemos comunicarnos con otros profesionales de la salud que participan en su tratamiento, con los farmacéuticos que están llenando y rellenando sus recetas, y con los miembros de la familia que están ayudando con su cuidado.

Pago: AGA va a usar y divulgar su PHI para fines de pago. Por ejemplo, AGA tal vez necesite la autorización de su compañía aseguradora antes de proveer ciertos tipos de tratamiento. AGA presentará facturas y mantendrá registros de pagos de su plan de salud.

Operaciones de atención médica: AGA va a usar y divulgar su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales. Ejemplos incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y la evaluación de la atención y los resultados de su caso y otros similares.

Divulgación de información a familiares o amigos

AGA entiende que la familia o los amigos son una parte integral del cuidado de un paciente. Si desea autorizar a un miembro de su familia o amigo a recibir o solicitar información acerca de su atención o resultados de las pruebas, por favor provea su nombre e información de contacto en el formulario "Acuse de Notificación prácticas de privacidad". AGA no divulgará su información a ningún amigo o familiar sin su consentimiento escrito. Si usted desea cambiar o actualizar los individuos autorizados, tendrá que hacer estos cambios por escrito.

Usos Especiales

AGA puede usar su información para ponerse en contacto con usted para recordarle de las citas por teléfono, correo postal, correo electrónico o mensaje de texto. AGA también puede ponerse en contacto con usted para darle a usted de las información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Esta comunicación puede ser enviada a usted por teléfono, correo postal o correo electrónico. Si usted ha dado permiso escrito, la información de salud protegida también puede ser enviado por correo electrónico. Si desea autorizar el uso del correo electrónico como un método para que AGA se comunique con usted en relación con su PHI, firme la sección correspondiente en el formulario "Acuse de Notificación de prácticas de privacidad".

Intercambio de Información de Salud

Su información se puede compartir con otros proveedores de atención médica a través del Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés). AGA forma parte actualmente del HIE de la Red de Información de Salud de Georgia (GaHIN, por sus siglas en inglés) HIE.

- **Función del HIE**

La función del HIE es mejorar la atención médica centrada en el paciente a través de la utilización y el

intercambio de información electrónica de salud. Este esfuerzo colaborativo busca reducir la falta de información del paciente al permitir a los proveedores de atención médica autorizados a compartir las historias clínicas de los pacientes, según sea necesario, para impulsar mejoras en la calidad de la atención y los desenlaces clínicos del paciente, así como también reducir los costos de atención médica del paciente.

- **Tipos de Información a Intercambiar**

Los miembros del HIE comparten historias clínicas electrónicas, que pueden incluir anamnesis, alergias, radiología, laboratorios, notas de los médicos y vacunación. La información sensible que requiere autorización escrita específica para revelarse no se compartirá a través del HIE, esto incluye registros de psiquiatría y psicoterapia. En caso de que usted desee que este tipo de información sensible se comparta, se requerirá un consentimiento expreso por escrito para cada divulgación. Sin embargo, la información sensible de salud, que incluye, entre otra, registros de abuso de sustancias, información sobre VIH/SIDA, pruebas genéticas y registros de discapacidad de desarrollo se puede visualizar mediante HIE a menos que usted no se encuentre en el HIE (consulte la sección "Cómo No Aparecer").

- **Divulgaciones Permitidas**

El HIE garantiza la protección de la información personal de los pacientes al limitar el uso de los datos de salud del paciente para garantizar la utilización constructiva, según se encuentra descrito en la sección "Cómo Utilizamos la Información de Salud Protegida" de este documento. Además, los organismos estatales pueden solo requerir, recibir, utilizar y revelar los datos de salud de los pacientes únicamente como lo autoriza la ley aplicable o según lo autorice legalmente la persona.

- **Cómo No Aparecer**

Usted puede elegir no aparecer en los registros electrónicos que visualizan los miembros que participan del HIE en cualquier momento, para ello complete el formulario de exclusión, que estará disponible a solicitud. Si elige no aparecer en el HIE, sus historias clínicas electrónicas no podrán visualizarse ni compartirse con otros proveedores de atención médica al utilizar la red. Sin embargo, los proveedores de atención médica autorizados podrán tener acceso a su información de salud según lo requieran para colaborar en la atención continua vía telefónica, por fax y por correo normal. Hasta que usted no presente el formulario de exclusión ni proporcione una notificación escrita de que opta por no participar en el HIE, su información electrónica estará sujeta a visualización entre los miembros autorizados del HIE que utilicen el sistema. Una vez recibido, puede tomar hasta cinco días hábiles procesar la solicitud. Es importante destacar que si otro proveedor que lo trata es miembro del HIE, si usted no se excluye de ese proveedor, su información podrá ser visualizada y compartida vía HIE.

- **Cómo Elegir Volver a Aparecer**

En caso de que elija que sus historias clínicas electrónicas sean visualizadas por los miembros del HIE después de haber elegido que se excluyeran, puede simplemente elegir ser excluido en cualquier momento si proporciona una solicitud por escrito. Es importante mencionar que si elige que sus historias clínicas electrónicas se excluyan de ser compartidas vía HIE, ninguno de sus registros electrónicos serán visualizables a través del HIE hasta que proporcione una notificación escrita a AGA prestando su consentimiento para que sus historias clínicas electrónicas se compartan por ese método.

- **Riesgos y Beneficios Potenciales de la Participación en el HIE**

- **Beneficios**

La participación proporciona a los pacientes varios beneficios que incluyen, la opción de compartir información de pacientes de forma rápida, segura y exacta entre los proveedores de atención médica autorizados para mejorar y hacer más eficiente la atención; la reducción de duplicaciones de pruebas médicas; la recuperación de información más rápida, lo cual aumenta el tiempo de las citas presenciales de los pacientes con los proveedores y la mejora en la exactitud y la eficiencia de la atención del paciente.

- **Riesgos**

Existe una cantidad limitada de riesgos relacionados con la participación en el HIE. Los riesgos se administran a través de las políticas del HIE y las reglamentaciones de la HIPAA, a las que todos los participantes deben adherirse. Usted tiene derecho a recibir una lista de las oportunidades en las que se accedió a su información de salud, así como también para qué propósito, según se describe en la sección "Informe de Divulgaciones" en este documento. En caso de que se cometa una infracción a la seguridad de su información de salud, se le notificará de acuerdo con las reglamentaciones de la HIPAA.

Otros usos y divulgaciones que no requieren permiso por escrito

AGA puede usar o divulgar su información protegida de salud por otras razones, aun sin su consentimiento. Con sujeción a ciertos requisitos, AGA puede divulgar información de salud sin su permiso para los siguientes propósitos:

- **Requerido por la Ley**
La ley puede requerir que AGA divulgue su PHI para ciertos fines, tales como informar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.
- **Investigación**
AGA puede utilizar o divulgar la información para investigación médica aprobada sujeta a criterios específicos.
- **Actividades de salud Pública**
Como requiere la ley, AGA puede divulgar estadísticas vitales, enfermedades, prueba de vacunación, información relacionada con el retiro de productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.
- **Vigilancia de la Salud**
AGA puede estar obligada a revelar información para ayudar en investigaciones y auditorías, la elegibilidad para los programas del gobierno, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, de conformidad con las leyes de derechos civiles, y actividades similares.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos**
AGA puede revelar información en respuesta a una citación u orden judicial correspondiente.
- **Fines Policiales**
Sujeto a ciertas restricciones, AGA podrá revelar la información requerida por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- **Muertes**
Podemos entregar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.
- **Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad**
AGA puede utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Funciones Militares o Especiales del Gobierno**
Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, AGA puede divulgar información requerida por las autoridades del comando militar. AGA también puede revelar información a instituciones correccionales o por fines de seguridad nacional.
- **Indemnización Laboral**
AGA puede divulgar su información personal como se autorice y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral o programas similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización escrita antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, podrá revocarla después para suspender todo uso o revelación futuros.

Derechos Individuales

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Envíe cualquier preocupación por escrito al Oficial de Cumplimiento de la AGA (leer abajo).

- **Solicitar Restricciones**
Usted puede solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Estas solicitudes deben hacerse por escrito. AGA no está obligado a aceptar la mayoría de las restricciones, pero si estamos de acuerdo, AGA debe cumplir con las restricciones.
- **Restringir la divulgación de un Plan de Salud**
Usted puede solicitar, por escrito, restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud. Por ejemplo, usted puede solicitar por escrito que decide no usar un seguro para una visita específica. Si la solicitud se realiza por escrito de antemano, el ítem o el servicio de salud se pagan en su totalidad al momento del servicio, y la divulgación se realiza para el pago o las operaciones de salud. AGA debe aceptar la restricción, excepto en los casos en los que se requiera la divulgación por ley (es decir, su plan de salud requiere que se divulguen o presenten todos los servicios de salud).
- **Comunicaciones Confidenciales**
Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera incluidas las ubicaciones o medios alternativos razonables. Esta solicitud debe realizarse por escrito. Es posible que haya condiciones para ajustar la solicitud a ciertas situaciones.

- **Revisar y Obtener Copias**

Usted tiene el derecho a ver o recibir una copia de su información médica. En varios casos se tiene pagar un pequeño cargo dictado por la ley de Georgia para estas copias. Usted puede obtener una copia de su información de salud completando y entregando el formulario de liberación de registros médicos. Por ley, usted debe recibir la información solicitada dentro de los 30 días.

- **Modificar la información**

Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta, tiene el derecho de solicitar que AGA corrija o modifique la información existente. La solicitud deberá ser por escrito e incluir una razón para apoyar la modificación solicitada. Su médico AGA tiene el derecho de rechazar su solicitud. En cualquier caso, una carta con respecto a su solicitud se enviará dentro de los 60 días siguientes a dicha solicitud.

- **Listado de Divulgaciones**

Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos revelado su información médica dentro de los últimos seis años por razones que no sean de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. Esta solicitud debe entregarse por escrito. La solicitud debe completarse dentro de los 60 días. Si AGA no puede completar la solicitud dentro de los 60 días, la ley le otorga una extensión por única vez de 30 días. Se le brindará una declaración escrita en relación con el motivo de la demora. Si usted solicita este listado más de una vez en un periodo de 12 meses, AGA puede imponer una tarifa razonable basada en los costos por cada solicitud posterior.

- **Obtener una copia impresa de la Notificación**

Si ha recibido previamente esta Notificación en forma electrónica, usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de esta notificación.

Nuestro Deber Legal

Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su PHI, a entregarle esta Notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI, y a cumplir con los términos de la Notificación actual. También estamos obligados por ley a notificar en caso de una violación de su PHI no segura.

Cambios en las Prácticas de Privacidad

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. La versión actual de nuestro Aviso está disponible en el sitio web de AGA. Una versión resumida actual de nuestra notificación está disponible en cada área de espera en cualquier momento. También puede solicitar una copia de la versión actual de nuestra notificación en cualquier momento. Cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad descritas en esta Notificación se aplicarán a toda la PHI creada o recibida antes de esta revisión. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, presente las inquietudes por escrito al Oficial de Cumplimiento de la AGA (veer abajo).

Quejas

Si le preocupa que AGA haya violado sus derechos de privacidad, si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros o si desea presentar una queja, comuníquese con la persona indicada más abajo. Usted también puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La persona indicada más abajo le proporcionará la dirección apropiada al solicitarlo. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

Si usted tiene cualquier pregunta, solicitud o queja con respecto a sus derechos de privacidad, contacte al Funcionario de Cumplimiento de AGA:

Dirección postal:

AGA, LLC

ATTN: Compliance Officer

550 Peachtree St NE, Suite 1600

Atlanta, GA 30308

Teléfono: 404.888.7575

Correo Electrónico: HIPAAcompliance@atlantagastro.com

Website: Use el Formulario de Contacto, categoría "HIPAA / Privacidad"



ACUSE DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

ACUSE DE RECIBO

Yo, _____, por el presente, reconozco que AGA, LLC y sus filiales, me han brindado la oportunidad de leer detalladamente sus Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente/Encargado* _____ Fecha _____

**Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) esta forma debe ser firmado por sus padres o custodio legal.*

Si no firma, por favor denos información del por que la ley de practica no fue obtenida.

Testigo _____ Fecha _____

Firma de Empleado

PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN

En caso de que no me puedan localizar, yo, _____, doy permiso para que un representante de AGA, LLC y sus filiales compartan información con respecto a la atención o a los resultados de pruebas con las personas enumeradas a continuación. Estas personas también pueden solicitar información de salud protegida en mi nombre.

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

¿Se puede dejar un mensaje con los resultados o información médica protegida en su correo de voz (voicemail)? Sí No

Acepto que AGA, LLC y sus filiales pueden compartir mi información de salud protegida con otros proveedores de atención, incluso información sensible como la de: VIH/SIDA, registros de abuso de sustancias, información de pruebas genéticas y de discapacidad del desarrollo. Esta información se puede compartir con otros proveedores de atención médica por distintos medios, entre otros, por medio de un fax o el intercambio de información de salud.

NOTA: Si usted elige no permitir que se comparta su información a través del intercambio de información de salud, debe solicitar y completar un formulario de exclusión en las oficinas de AGA.

Firma del Paciente/Encargado* _____ Fecha _____

**Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) esta forma debe ser firmado por sus padres o custodio legal.*

CONSENTIMIENTO PARA RESPONDER POR CORREO ELECTRONICO

Aunque AGA, LLC y sus filiales haga lo posible para proteger su información confidencial, el correo electrónico no es un método de comunicación completamente seguro.

Acepto que al usar el correo electrónico para iniciar contacto con un médico de AGA acerca de mi atención médica, el médico de AGA o su representante tienen permiso para responder a través de la dirección de correo electrónico.

Doy permiso para que un médico de AGA o un miembro del personal puedan enviarme un correo electrónico a _____@ _____ con respecto a mi atención médica.

Firma del Paciente/Encargado* _____ Fecha _____

**Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) esta forma debe ser firmado por sus padres o custodio legal.*



AUTORIZACIÓN PARA ACOMPAÑAR Y TRATAR A PACIENTE MENOR DE EDAD

Complete esta forma SOLAMENTE si el paciente esta autorizado/a atender citas futuras solo/a o con alguien que no sean los padres/guardian legal.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Para la primera visita a la consulta, requerimos que un padre o guarda legal acompañe al paciente. Para citas futuras, otros individuos podrían traer al paciente si el padre hubiere provisto consentimiento por escrito y ese consentimiento haya sido archivado en nuestras oficinas. Se requiere que el individuo autorizado traiga una identificación con fotografía. En circunstancias limitadas el paciente podría venir sin acompañante adulto. Si alguna de esas situaciones aplica, complete las secciones adecuadas abajo. **Este formulario debe ser notariado. Para su conveniencia, un Notario Pública usualmente se encuentra en la Oficina de Pediatría y Adolescencia.**

AUTORIZACIÓN PARA ACOMPAÑAR Y/O CONCENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE

Autorizo al siguiente individuo a traer al paciente to AGA, LLC, para el tratamiento y para intercambiar información necesaria (incluyendo resultado de pruebas, plan de cuidado, etc.) con el personal médico. Al marcar la caja al lado del nombre del individuo también concedo a este individuo el derecho a dar consentimiento para tratamiento médico. Esta solicitud permanecerá en efecto durante un año o hasta que sea revocada por me y por escrito.

	Nombre	Relación con el paciente	Autorización de consentimiento para tratamiento médico
1)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4)	_____	_____	<input type="checkbox"/>

LIMITACIONES

Identificar las limitaciones sobre los tipos de servicios médicos a los que se da este consentimiento de representación. Si ninguno aplica, indique "ninguno".

Si la atención médica es de carácter urgente, por favor, póngase en contacto con uno de los padres / tutores legales que figuran a continuación en relación con el cuidado de la salud del paciente menor enumerados anteriormente.

Padre/Tutor legal _____ Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Padre/Tutor legal _____ Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Si no puede ponerse en contacto con cualquiera de los padres / tutor legal, puede confiar en la persona autorizada que llevó al niño a la cita médica.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA TRATAR MENOR NO ACOMPAÑADO

Autorizo al paciente, que se menciona arriba, para asistir de forma independiente las citas y recibir cualquier tratamiento para el cual he dado consentimiento.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos médicos incurridos por el paciente durante esas citas.

Nombre del padre/tutor legal _____

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

En fe de lo cual, el abajo firmante ha ejecutado este instrumento a partir del _____ día de _____, 20__.

Subscrito y jurado ante mis el _____ día de _____, 20__.

Notario público _____

Mi comisión expira _____

[SELLO]