

ESTA FORMA DEBE SER LLENADA COMPLETAMENTE

Nombre _____ Fecha _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil Casado(a) Solteto(a) Viudo Divorciado Género Hombre Mujer

Dirección _____
Calle Apartamento/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Números de Teléfono Casa _____ Célular _____ Trabajo _____

Teléfono principal es Casa Célula Trabajo Llamada de recordatorio á Casa Célular Trabajo

Dirección de Email _____ Método de contacto preferido Teléfono Correo E-mail

Idioma Preferido Inglés Árábica Chino Francés Hindi Portugués Ruso
 Español Vietnamita Desconocido No especifica Otro _____

Raza Los Indios Americanos/Nativos de Alaska Asiático Negro/Afro Americano
 Nativo de Hawai/Otras Islas del Pacífico Blanco Otra Raza Desconocido Se Redujo

Origen Étnico Hispanos o Latinos No Hispanos o Latinos Desconocido

Quien le refirió a Atlanta Gastroenterology Associates _____

Dirección _____ Teléfono _____
Calle Suite Ciudad Estado Código Postal

CONTACTO DE EMERGENCIA

Esposo(a), amigo(a), o otro persona que vive con usted

Nombre & Relación a usted? _____ Número de Teléfono _____

Pariente o amigo(a) cercano que no viva con usted

Nombre & Relación a usted? _____ Número de Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Primario Seguro _____ Poliza # _____ Grupo # _____

Nombre de la relación y asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Secundario Seguro _____ Poliza # _____ Grupo # _____

Nombre de la relación y asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Tercero Seguro _____ Poliza # _____ Grupo # _____

Nombre de la relación y asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

INFORMACIÓN DE SU FARMACIA

Nombre de Farmacia _____ Teléfono de Farmacia _____

Dirección de Farmacia _____
Calle Suite Ciudad Estado Código Postal

Autorizo a AGA a comunicarse electrónicamente con mi farmacia de preferencia para obtener mi historial de prescripciones. Sí No

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE

Autorización del Paciente: Yo certifico que la información arriba es correcta y verdadera. Yo autorizo los pagos de beneficios médicos a AGA, LLC y sus afiliados. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a AGA, LLC y sus afiliadas, y les autoriza a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Entiendo que soy responsable por el co-pay, deducible o servicios médicos obtenidos no cubiertos por la aseguransa médica.

Firma del Paciente/Encargado* _____ Fecha _____

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

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.

Nombre _____ Fecha _____
 Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Referido Por _____ Doctor Primario _____
 Otros doctores enbueitos en su cuidado de salud _____

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

1) Historial Médico: Por favor marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca Congestiva (ECC) | <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Estómago / Intestinal Úlceras | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Nervio / Enfermedad del Músculo |
| <input type="checkbox"/> Los Pólipos de Colon | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria (CAD) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS (VIH / SIDA) | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia / Colesterol Alto (HLD) | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C (HCV) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica (ERC) | | |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable | | | |

2) VACUNAS
¿Alguna vez has tenido la vacuna para la neumococo?

Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes vacunas?

- Influenza (gripe) Hepatitis A Hepatitis B
 Otro _____

3) HISTORIAL DE CIRUGÍA
 Marque todo lo que corresponda y proporcionar fechas.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Colon _____ | <input type="checkbox"/> La laparotomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Obesidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Hemorroides _____ | (Tipo, si se conoce) _____ |
| <input type="checkbox"/> La Cirugía de la Vesícula Biliar _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Gástrica _____ | <input type="checkbox"/> La Cirugía de Próstata _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Hepática _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía espinal _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Intestino Pequeño _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía _____ | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Senos _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Trasplante _____ |
| <input type="checkbox"/> C-Sección _____ | <input type="checkbox"/> La Ligadura de Trompas _____ |
| <input type="checkbox"/> CABG _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Reemplazo de Válvula _____ |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Fractura _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Hernia _____ | |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía Abdominal _____ | |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía Vaginal _____ | |

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

4) MEDICAMENTOS

Lista de dosificación medicamentos actuales (incluyendo hierbas) y dosis

_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Está usted actualmente tomando algún anticoagulante?

- Coumadin Plavix Warfarin Xarelto
 Otro _____

¿Está tomando alguna de las siguientes aspirina/NSAIDs?

- Advil Aleve BC Powder
 Polvo de Goody Ibuprofeno Naprosyn

5) ALERGIAS

Detalle las alergias a los medicamentos.

No hay alergias a los medicamentos conocidos

Detalle las alergias a los alimentos o ambientales.

No hay alergias a los alimentos conocidos

6) HISTORIAL FAMILIAR (PARIENTE DE PRIMER GRADO)

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hijo	Hija	Edad al momento del diagnóstico (si se conoce)
Los Pólipos de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Los cánceres							
Senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pulmónes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lynch cánceres específicos (Uterino, vejiga o uréter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Próstata		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades del Corazón / Enfermedad de las Arterias Coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7) HISTORIA SOCIAL

Por favor proveer detalles en referencia al uso pasado o uso diario de los siguientes:

- Alcohol (cerveza, vino, o Licor) Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual
 Uso de droga intravenosa/recreacional Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual
 Tabaco (cigarillos, cigarros, tabaco de masticar) Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

8) REVISIÓN DEL SISTEMA

Estás experimentando algunos de los siguientes síntomas.

ALERGIA / INMUNOLOGÍA

- Alergias Estacionales
- Ningun(a)

CARDIOVASCULAR

- Válvula de Corazón Artificial
- Presión Alta
- Dolor en el Pecho
- Antecedentes de ataque Cardíaco
- Marcapasos
- Ningun(a)

CONSTITUCIONAL

- Escalofríos
- Fatiga
- Fiebre
- Malestar
- Pesco
- Pérdida de Peso
- Ningun(a)

OJOS

- Visión mal
- Cambios de Visión
- Ningun(a)

OÍDOS / NARIZ / GARGANTA

- Úlceras en la boca/Llagas
- Sagrado de Nariz
- Ningun(a)

ENDOCRINE

- Contusión fácilmente
- Sed excesiva
- Calor / intolerancia al frío
- Historia de alto o bajo nivel de azúcar
- Ningun(a)

GASTROINTESTINAL

- Dolor Abdominal
- Anal / Rectal Dolor o Comezón
- Negro Taburete
- Distensión / Eructos / Gaseousness
- Cambio de Hábito Intestinal
- Estreñimiento
- Diarrea/Heces Blandas/Diarrea acuosa
- Dificultad en la Deglución
- Incontinencia fecal
- Acidez / Reflujo Esofágico
- Hemorroides
- Empacho
- Mucosidad en las heces
- Náuseas / vómitos
- Sangrado rectal (en las heces, cómoda, Papel higiénico)
- Urgencia de defecar
- Ningun(a)

GENITOURINARIO

- Esta usted embarazada?
- Ultimo dia de la menstruación _____
- Sangre en la Orina
- Siente que arde cuando Orina
- El aumento de frecuencia / Durante la Noche
- Reciente/Frecuente infección de Orina
- Historia de piedra en los Riñones
- Urgencia de orinar
- Incontinencia Urinaria
- Ningun(a)

HEMATOLOGÍA / LINFÁTICO

- Sangrado
- Ampliada Nodos / Glándulas Inflamadas
- La contusión excesivo
- Historia de la Anemia
- Ningun(a)

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor de Espalda
- Dolor en las Articulaciones / Artritis
- Ningun(a)

NEUROLÓGICO

- Los Dolores de Cabeza
- Mareo / Vértigo
- Entumecimiento recientes / Debilidad
- Convulsiones
- Ningun(a)

PSIQUIATRÍA

- Ansiedad
- Los cambios en el patrón de del sueño
- Depresión
- Pérdida de memoria
- Ningun(a)

RESPIRATORIA

- Tos crónica
- Falta de aliento
- Silbidos o síntomas del asma
- Ningun(a)

PIEL

- Ictericia (ojos o piel amarillos)
- Erupciones, bultos o llagas
- Ningun(a)

OTRAS

- Todas las demás negativas

Firma del paciente _____

Fecha _____

Mi firma a continuación confirma he revisado lo anterior con el paciente / familia.

Firma del médico _____

Fecha _____

Fecha _____

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

Gracias por elegir AGA, LLC (AGA). Lea y firme esta Declaración de DECLARACIÓN antes de su cita. Los pacientes que no pagan en su totalidad en el momento del servicio deben completar la información requerida y formularios de seguro antes de que el servicio sea prestado.

Usted puede esperar recibir las facturas siguientes, como resultado de su visita:

- **Honorario del Médico:** La tarifa que tiene que pagar al médico por realizar el servicio. Esta factura será de AGA, LLC, AGA Clinical Services, LLC, o AGA Professional Services, LLC.
- **Honorario de Laboratorio:** Si se ordena una prueba de laboratorio, usted recibirá una segunda factura del laboratorio o radiólogo.

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

Su compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios que detallará cómo pagaron su factura fue pagada y cualquier monto por el cual usted sea responsable. Es su responsabilidad entender sus beneficios de seguro.

Algunos planes de seguro requieren que usted pague diferentes gastos de bolsillo con base en el lugar donde se brindan los servicios. También se pueden aplicar deducibles, coseguros y copagos de acuerdo a su plan de seguro. Por ley, usted es responsable de estas cantidades, así como de los servicios no cubiertos descritos en su plan de salud. AGA presentará reclamaciones primarias, secundarias y terciarias en su nombre, siempre y cuando la información necesaria para procesar el reclamo se obtenga y verifique antes de su visita. Si esta información se obtiene después de su visita, el paciente o la persona inscrita serán responsables del saldo.

AGA acepta dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. AGA y sus afiliados aceptan copagos en el momento del servicio. Se pueden requerir pagos adicionales sobre la base de su plan de seguro. Si usted tiene un saldo a pagar en cualquier filial de AGA, LLC, incluyendo AGA Clinical Services, LLC o AGA Professional Services, LLC, su pago se aplicará primero al saldo más antiguo. En el caso de que su cuenta tenga un crédito para una de los afiliados de AGA y un déficit para otro, nos reservamos el derecho de transferir créditos a los saldos pendientes antes de emitir un reembolso.

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

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

Si no puede asistir a su cita, reprogramela al menos 48 horas antes. Se le cobrará \$25 por cada cita perdida. Se le cobrará \$30 por cada cheque devuelto.

REASIGNACIÓN DEL PACIENTE Y DECLARACIÓN DE PRENSA

Al firmar abajo, entiendo las prácticas de facturación de AGA, LLC y sus afiliados y que puedo recibir varias facturas relacionadas con mi servicio como se explica más arriba. Autorizo el pago de las prestaciones médicas a AGA, LLC y sus afiliados y los autoriza a dar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Doy a AGA, LLC permiso para aplicar los pagos recibidos a los saldos adeudados a AGA, LLC, o cualquiera de sus afiliados, incluidos AGA Clinical Services, LLC y AGA Professional Services, LLC, y entiendo que los pagos se aplicarán al saldo más antiguo. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos como se indica en mi plan de salud.

Paciente / Firma del representante autorizado* _____ Fecha _____
**Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) este formulario debe ser firmado por sus padres o custodio legal.*

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"

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

RECONOCIMIENTO 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.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICARSE CON USTED

Yo, autorizó a AGA a dejar mensajes de resultados o información médica protegida en mi correo de voz Casa Celular Laboral

Si bien AGA toma precauciones razonables para proteger su información confidencial, el correo electrónico no es un método de comunicación completamente seguro. **Usted puede utilizar el Portal para Pacientes de AGA para comunicarse electrónicamente de forma segura con su proveedor de AGA.**

Yo, autorizó a mi médico de AGA o a su representante a que se comunique conmigo por correo electrónico respecto de la atención médica si yo inicio el contacto por correo electrónico. La dirección del correo electrónico autorizado es: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS

No autorizo a AGA a comunicarse con ninguna otra persona más que conmigo; quedan excluidas todas las divulgaciones permitidas por la ley.

Yo, autorizó a los representantes de AGA para que compartan información respecto de la atención o los resultados de pruebas con las personas que figuran a continuación en caso de que no pudieran comunicarse conmigo. Estas personas también pueden solicitar información médica protegida en mi nombre.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Yo, reconozco 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.*

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Si el paciente no firma este formulario, proporcione un motivo por el cual no se obtuvo el acuse de recibo y atestigüe.

Razon(es) _____

Testigo / Firma Del Personal _____

Fecha _____