Departamento de Neurología de Barrow
Atención

Por favor, llene la documentación para pacientes nuevos (páginas 5 a 8, 10) y traiga lo siguiente:

- ❑ Identificación con foto
- ❑ Tarjeta del seguro o médica
- ❑ Instrucciones anticipadas
- ❑ Lista actualizada de médicos
- ❑ Lista actualizada de medicamentos con dosis específicas
- ❑ Nombre y número de teléfono de la farmacia principal
- ❑ Trámite para pacientes nuevos completado (adjunto)
- ❑ Copias de la historia clínica pertinente, si corresponde

Departamento de Neurología de Barrow
240 W. Thomas Rd., Suite 301
Phoenix, AZ 85013
Teléfono: (602) 406-6262

Servicios de asistencia lingüística

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7200).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100).

주의: 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1(800) 443-1986 TTY(հեռատիպ)՝ 1(800) 855-7100).

جه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
ِاهم می باشد. با 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100 تماس بگیرید.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます 。
1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100) まで、お電話にてご連絡ください。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните
1(800) 443-1986 (телетайп: 1(800) 855-7100).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100) पर कॉल करें।

حوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1(800) 344-6891 (رقم
ف الصم والبكم: 1(800) 558-0017.

ATTENTION: Si vous parlez francais, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le
1(800) 443-1986 (ATS: 1(800) 855-7100).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfugung.
Rufnummer: 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-8100) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis.
Ligue para 1(800) 443-1986 (TTY: 1(800) 855-7100).

Departamento de Neurología de Barrow

Información útil sobre su consulta con el proveedor

Barrow Neurological Institute

1. **Por favor, trainga los siguientes documentos a su cita:**
   - Identificación con foto
   - Tarjeta del seguro
   - Copago (si corresponde)
   - Lista actualizada de medicamentos
   - Cualquier registro o resultado solicitado para su cita

2. **Instrucciones de llegada**
   Por favor, planifique llegar 30 minutos antes a la cita para tener tiempo de estacionarse y llenar la documentación.

3. **Estacionamiento**
   Estacione en el garaje de estacionamiento de 3rd Avenue. Tome los ascensores del garaje de estacionamiento hasta el 2o piso, salga por las puertas a la derecha e inmediatamente gire a la izquierda y siga el pasillo largo hasta los ascensores del edificio 240 a la vuelta de la esquina. Utilice los ascensores para acceder al piso correcto según sus servicios. No olvide llevar su boleto de estacionamiento para validarlo en la clínica.

4. **Obtención de la autorización previa y remisiones del seguro**
   Muchos planes de seguro exigen una autorización previa obligatoria antes de poder atenderse con un especialista. Por favor, verifique con su compañía de seguros si exige este requisito en su plan antes de acudir a su cita. En el consultorio de su proveedor, habrá un integrante del personal que gestiona las autorizaciones previas y podrá responder todas sus preguntas. La autorización se debe recibir antes de su cita programada. Si no se recibe la autorización o remisión previa, es posible que deba reprogramar su cita para una fecha posterior. Por favor, contacte a su compañía de seguros para obtener más información.

5. **Comunicaciones telefónicas**
   Las llamadas al (602) 406-6262 se responden de lunes a viernes. Nuestro equipo está capacitado para manejar preguntas generales y dirigir las llamadas, si corresponde. Asimismo, a través de nuestro servicio de respuesta le ofrecemos asistencia fuera de horario y los fines de semana o feriados. Si es necesario, se puede contactar con un proveedor de guardia a través del servicio de respuesta. En caso de una emergencia médica potencialmente mortal, por favor llame al 9-1-1 de inmediato para activar el servicio médico de emergencia local.

6. **Comunicaciones escritas**
   Por favor, no envíe por fax ninguna comunicación sujeta a límite de tiempo ni preguntas urgentes de asesoramiento médico al consultorio.

7. **Comunicaciones electrónicas**
   Barrow Neurological Institute participa en un portal de pacientes electrónico que permite el acceso continuo a su información como paciente, que incluye, entre otros, citas próximas, resúmenes de consultas anteriores y resultados de estudios de laboratorio e imágenes. Además, el portal permite a los pacientes comunicarse de manera segura y directa con los proveedores. Nuestro personal puede enviarle una invitación por correo electrónico para configurar su portal. Por favor, hable sobre el procedimiento para tener comunicaciones electrónicas seguras con su médico/a o asistente médico personal.

8. **Recordatorio de citas**
   Recibirá un mensaje automático por mensaje de texto, correo electrónico o llamada telefónica para recordarle sus citas. Por favor, escuche el mensaje y seleccione una de las siguientes opciones de mensaje:
   - Confirmación de la cita
   - Cancelación de la cita y solicitud de reprogramación
   - Información general de la clínica, como dirección y horario de atención
   - Solicitud de no recibir recordatorios de citas en el futuro

   Si no desea recibir un recordatorio de cita, por favor contacte al personal de recepción.

9. **Cancelación de las citas programadas**
   En caso de que tenga que cancelar y reprogramar una cita, le pedimos que tenga a bien notificarnos lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de la cita. Podemos reprogramar su cita de manera oportuna y ofrecerle la vacante disponible a otro paciente. Si llega tarde a su cita, es posible que

debamos reprogramarla. Las cancelaciones múltiples con menos de 24 horas de aviso o las ausencias afectarán nuestra capacidad para ofrecerle atención.

10. Órdenes y resultados de pruebas

Su proveedor puede ordenar pruebas de diagnóstico como parte de su evaluación y atención. Algunas compañías de seguros requieren una autorización previa y aprobación antes de poder programar una prueba. Su proveedor presentará las órdenes de estas pruebas y el personal de nuestra clínica enviará la documentación necesaria para obtener la autorización de su compañía de seguros antes de programar las pruebas.

11. Registros Médicos

No podemos compartir su historia clínica sin un formulario de divulgación firmado por usted. Si necesita una copia de su historia clínica de Barrow Neurological Institute, tendrá que firmar una solicitud de autorización. Ciertos registros también están disponibles en el portal de pacientes.

También puede obtener una copia impresa de su historia clínica. Tenga presente que puede aplicarse una tarifa por este servicio. Si necesita copias de su registro médico, por favor contáctenos al (602) 406-8988.

Cuando recibamos su solicitud firmada, le enviaremos por correo una copia de sus expedientes en un plazo de dos (2) semanas. Por favor, consulte al personal de nuestro consultorio si tiene alguna pregunta.

Para que podamos obtener expedientes de otros consultorios médicos, puede ser necesario llenar y firmar otros formularios.

Si necesita expedientes de un hospital de Dignity Health, incluidos resultados de pruebas de laboratorio o radiología, por favor llame directamente al hospital y solicite que le comuniquen con el Departamento de Información Médica.

12. Consultas sobre facturación

Las tarifas por los servicios se deben saldar y pagar en el momento de su consulta, incluidos copagos, coaseguros y deducibles. Los pacientes son responsables por cualquier servicio que su plan considere “no cubierto”.
Si tiene alguna pregunta sobre una factura que recibió y generó nuestro consultorio y la consulta médica o procedimiento tuvo lugar aquí, por favor contacte a Servicios de Facturación al Paciente directamente al (602) 406-3860 o al número gratuito (877) 877-8311, o por correo electrónico a la dirección PBSCustomerService@DignityHealth.org.

13. Descuento por pago inmediato

Si no tiene seguro, existe la opción de pagar en efectivo en el día de la cita para recibir una tarifa reducida. Este programa se denomina Descuento por pago inmediato. Para obtener más información sobre este programa y saber si califica, por favor contacte a nuestro consultorio.

14. Encuesta de satisfacción del cliente

Nos esforzamos por proveer una experiencia excepcional al paciente. Entre una y cuatro semanas después de su consulta, por favor espere recibir una encuesta por correo electrónico o correo postal para consultarle sobre su visita. Su respuesta es confidencial y valoramos sus opiniones. Si hay algo que podamos hacer para garantizar que su experiencia sea excepcional, por favor compártalo con nuestro personal antes de finalizar su visita.

Si tiene alguna pregunta, por favor hable con su proveedor o uno de los integrantes de nuestro personal.

¡Esperamos con ansias que se una a nuestro equipo de atención!

Barrow Neurological Institute

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. de Registro Médico (MRN): _____

Fecha de nac.: _____

Datos demográficos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre	Segundo nombre
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil

Raza: ☐ Afroamericano (negro) ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Hawaiano/isleño del Pacífico ☐ Hispano ☐ Otro ☐ Dos o más razas

Etnia: Hispano/latino/origen español ☐ Sí ☐ No	Idioma	Idioma preferido para la información de atención médica	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Número de contacto principal ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo ( )	Número de contacto secundario ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo ( )	Método de notificación preferido ☐ Método de notificación preferido ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Otro: ( )

Dirección de correo electrónico

Contacto de emergencia	Relación con el paciente	Número de contacto de emergencia:

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE) ☐ Titular

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el paciente
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de contacto principal ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo ( )	
Dirección postal		Ciudad	Estado / Código postal

ACCESO PARA FAMILIARES Y AMIGOS (OPCIONAL)

☐ Permito que BNI a que comparta mi información médica protegida con las siguientes personas:

Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:	Relación con el paciente:

☐ NO permito que BNI a que comparta mi información médica protegida con cualquier persona que no sea yo.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal	☐ Indemnización laboral	Dirección de facturación del seguro:	
Número de certificado o póliza:	Nombre completo del suscriptor:		Subscriber Date of Birth:
Compañía de seguros secundaria		Dirección de facturación del seguro:	
Número de certificado o póliza:	Nombre completo del suscriptor:		Subscriber Date of Birth:

¿Tiene alguna instrucción anticipada vigente (testamento vital o poder legal duradero médico)? ☐ Sí ☐ No

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Instrucciones anticipadas (AD): ☐ El paciente se negó ☐ Se escanearon en la ficha ☐ El paciente completó las AD en el hogar ☐ El paciente solicitó más información ☐ Se entregó el folleto informativo sobre AD

Barrow Neurological Institute

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. de Registro Médico (MRN): _____

Fecha de nac.: _____

Revisión de sistemas

PIEL
- ☐ Cambio en el cabello o las uñas
- ☐ Picazón
- ☐ Sarpullidos

CABEZA
- ☐ Lesión en la cabeza
- ☐ Dolores de cabeza

OJOS
- ☐ Cambio en la visión
- ☐ Visión doble
- ☐ Dolor de ojos
- ☐ Destellos de luz
- ☐ Anteojos o lentes de contacto
- ☐ Glaucoma/cataratas

Último examen ocular: _____

OÍDOS
- ☐ Cambio en la audición
- ☐ Mareos
- ☐ Ear discharge
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Zumbidos

NARIZ/SENOS PARANASALES
- ☐ Resfríos frecuentes
- ☐ Congestión nasal
- ☐ Sangrados nasales

ALERGIAS
- ☐ Asma
- ☐ Eccema/sensibilidad
- ☐ Rinitis estacional
- ☐ Urticaria
- ☐ Sensibilidad a:
- ☐ Caspa
- ☐ Fármacos
- ☐ Alimentos
- ☐ Polen
- ☐ Hinchazón de labios o lengua

BOCA/GARGANTA
- ☐ Sangrado de las encías
- ☐ Ronquera
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Dolor de lengua

CUELLO
- ☐ Bocio
- ☐ Bultos
- ☐ Rigidez
- ☐ Ganglios inflamados

MAMAS
- ☐ Autoexamen de mamas
- ☐ Bultos
- ☐ Supuración de los pezones
- ☐ Dolor

RESPIRATORIO/CARDÍACO
- ☐ Dedos de las manos o de los pies azules
- ☐ Bronquitis
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Tos
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Enfisema
- ☐ Fiebre
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Antecedentes de medicamentos cardíacos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Producción de flema, color
- ☐ Enfermedad cardíaca reumática
- ☐ Falta de aire
- ☐ Omisión de latidos cardíacos
- ☐ Hinchazón de manos y pies
- ☐ Sibilancia

GASTROINTESTINAL
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Cambio en los hábitos intestinales
- ☐ Cambio de apetito o peso
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Eructos excesivos
- ☐ Gases excesivos
- ☐ Intolerancia a alimentos
- ☐ Acidez estomacal
- ☐ Náuseas
- ☐ Problemas para deglutir
- ☐ Sangrado rectal/ hemorroides
- ☐ Vómito
- ☐ Vómito con sangre
- ☐ Color amarillento de la piel (ictericia/hepatitis)

URINARIO
- ☐ Sangre en orina
- ☐ Disminución del chorro de orina
- ☐ Dificultad para orinar
- ☐ Goteo después de orinar
- ☐ Necesidad de orinar frecuente durante la noche
- ☐ Incontinencia de la orina
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Dolor o ardor al orinar
- ☐ Infección de la próstata
- ☐ Necesidad urgente de orinar
- ☐ Infección urinaria

VASCULAR PERIFÉRICO
- ☐ Coágulos en las venas
- ☐ Calambres en las piernas
- ☐ Venas varicosas

MUSCULOESQUELÉTICO
- ☐ Artritis
- ☐ Fracturas de huesos
- ☐ Disminución del movimiento articular
- ☐ Gota
- ☐ Dolor
- ☐ Esguinces graves
- ☐ Rigidez
- ☐ Hinchazón

NEUROLÓGICO
- ☐ Desmayos
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Falta de coordinación
- ☐ Movimientos involuntarios
- ☐ Pérdida de consciencia
- ☐ Pérdida de masa muscular
- ☐ Migrañas
- ☐ Espasmo muscular
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Parálisis
- ☐ Sensación de pinchazos y hormigueos
- ☐ Convulsiones
- ☐ Temblores
- ☐ Debilidad

HEMATOLÓGICO
- ☐ Anemia
- ☐ Sangrado y hematomas fáciles
- ☐ Transfusiones previas

ENDOCRINO
- ☐ Crecimiento anormal
- ☐ Diabetes
- ☐ Sudoración excesiva
- ☐ Intolerancia al calor/frío
- ☐ Aumento del apetito
- ☐ Aumento de la sed
- ☐ Aumento de la producción de orina
- ☐ Problemas de tiroides

PSIQUIÁTRICO
- ☐ Ansiedad
- ☐ Cambio en el estado de ánimo/cambio en la actitud hacia los familiares/amigos
- ☐ Depresión
- ☐ Problemas de memoria
- ☐ Tratamiento anterior con psiquiatras
- ☐ Trastornos del sueño
- ☐ Ideas de suicidio
- ☐ Tensión
- ☐ Problemas inusuales

Firma: _____ Fecha: _____

Barrow Neurological Institute

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. de Registro Médico (MRN): _____

Fecha de nac.: _____

Información importante

Lea y coloque sus iniciales en cada sección

_____ **COVID-19 Y PRUEBA DE DETECCIÓN DE ENFERMEDAD:** Se realizarán pruebas de detección de temperatura y síntomas a todos los pacientes y visitantes en la entrada a la clínica. Si presenta algún síntoma, por favor contacte a nuestro consultorio al (602) 406-6262 antes de su visita para determinar si es necesario reprogramarla para una fecha posterior cuando no tenga síntomas.

_____ **RESTRICCIONES PARA VISITANTES:** En respuesta a varios períodos de alta infección, podemos implementar restricciones o limitaciones a los visitantes al campus. En general, es mejor limitar los visitantes a un solo adulto.

_____ **CANCELACIONES, LLEGADAS TARDE Y FALTAS:** Nuestro objetivo en la Clínica de Otorrinolaringología de Barrow es maximizar el tiempo que el proveedor pasa con usted y reducir el tiempo de espera. Para lograrlo, contamos con una política estandarizada de faltas, cancelaciones y llegadas tarde. Las cancelaciones relacionadas con una enfermedad no se aplican a esta política.

- **Cancelación:** Requerimos avisar 24 horas antes la cancelación de cualquier cita.
- **Llegadas tarde:** Se considera llegada tarde si arriba 15 minutos después de la hora de la cita programada.
- **Faltas:** Si no llega a la cita programada y no avisa al consultorio al menos 24 horas antes de la cita, se considerará una falta.
  - Falta 1: se documenta
  - Falta 2: se envía por correo una carta de advertencia al paciente
  - Falta 3: se lo expulsa del consultorio

_____ **FAMILIARES Y AMIGOS:** Tiene la opción de nombrar hasta tres (3) personas a las que les permite conocer sobre sus fechas de citas, horarios e información de facturación. Estas personas NO podrán dar consentimiento para ningún procedimiento en el consultorio e inmunizaciones, entre otros.

_____ **RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS:** Por favor, contacte a su farmacia preferida para solicitar resurtidos de medicamentos. Una vez recibida la solicitud, los resurtidos se procesarán dentro de tres (3) días hábiles.

_____ **PORTAL DE PACIENTE:** Barrow Neurological Institute participa en un portal de pacientes electrónico que permite el acceso continuo a su información como paciente, que incluye, entre otros, citas próximas, resúmenes de consultas anteriores y resultados de estudios de laboratorio e imágenes. Además, el portal permite a los pacientes comunicarse de manera segura y directa con los proveedores. Nuestro personal puede enviarle por correo electrónico una invitación para configurar su portal.

_____ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Puede incluir copagos, coaseguros y servicios que no cubre o paga su compañía de seguros. Esta responsabilidad financiera también se aplica si su compañía de seguros no tiene

contrato con Dignity Health. **Es su responsabilidad garantizar que todos los servicios que presta Barrow Neurological Institute en su nombre se pagan en su totalidad dentro de los treinta (30) días de la fecha del resumen.**

No cambiamos los códigos de facturación una vez presentados a su compañía de seguros.

Es importante que lleve un comprobante del seguro cada vez que visita la clínica. De no hacerlo, se pueden generar problemas de facturación para su atención. Por favor, haga todo lo posible para informarnos si su compañía de seguros (seguro primario o secundario) o su información personal (domicilio residencial, empleador y número de teléfono) cambió desde su última visita.

_____ **ACUERDO PARA TELECOMUNICACIÓN:** Con su firma a continuación, acepta que da su consentimiento y solicita que Dignity Health, sus afiliados y los que actúan en su nombre puedan llamarlo/a o enviarle un mensaje de texto usando un sistema de marcado telefónico automatizado o mensaje pregrabado. Los tipos de llamadas o mensajes de texto que puede recibir incluyen los relacionados con la atención del paciente, programación, recordatorios, recetas, anuncios publicitarios o mensajes de telemarketing sobre nuestros beneficios y servicios. Las llamadas se pueden efectuar a cualquiera de los números que nos provea o que obtengamos inclusive si están incluidos en el registro estatal o nacional de no llamar. Entiende que el consentimiento no es una condición para la atención.

Al proveer mi número de teléfono residencial, número de teléfono celular, dirección de correo electrónico y cualquier otro dato de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a emplear un sistema de comunicación y mensajería automatizado de terceros que utilice mis datos personales, el nombre de mi proveedor de atención, la hora y el lugar de mis citas programadas y otra información limitada, para notificarme una cita pendiente, una cita perdida, un examen de control anual vencido, saldos adeudados, resultados de análisis de laboratorio y cualquier otra función relacionada con la atención médica. También autorizo a mi proveedor de atención médica a divulgar a terceros, que pueden interceptar estos mensajes, información médica protegida (PHI) limitada sobre eventos de atención médica. Consiento recibir varios mensajes por día de mi proveedor de atención médica, cuando sea necesario. Consiento permitir que se dejen mensajes detallados en mi correo de voz, sistema de respuesta o a otra persona, si no estoy disponible al número que proporcioné.

_____ **ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE) ESTATAL:** Acepto que recibí y leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Información Médica sobre la participación de Barrow Neurological Institute en The Network, el Intercambio de Información Médica (HIE) estatal o que ya recibí esta información y rechacé otra copia. (consulte las páginas 11-13)

Leí y entendí lo descrito antes.

_____ _____

Firma del paciente o garante/parte responsable Fecha

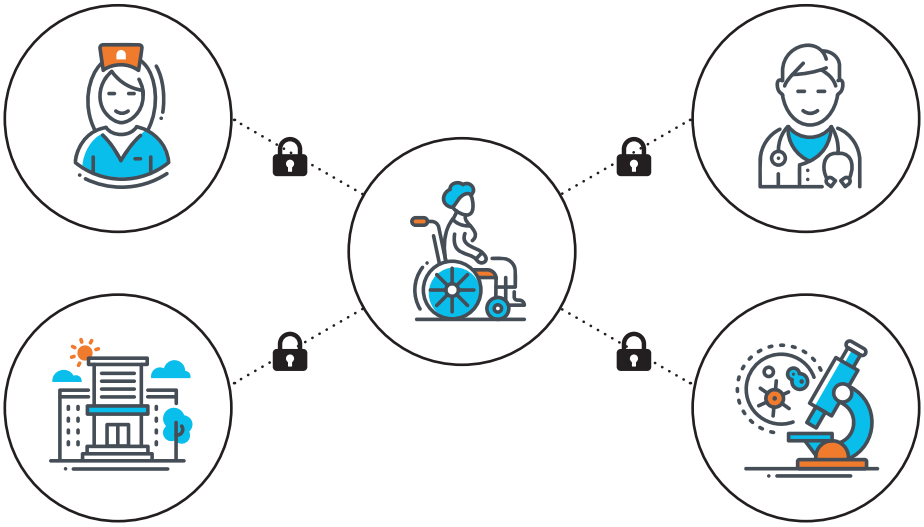
Departamento de Neurología de Barrow

Intercambio seguro de su información médica

Barrow Neurological Institute

Lo que debe saber

Los médicos y hospitales pueden brindarle mejor atención médica gracias al intercambio electrónico de la información de salud, lo que es muy importante en emergencias. Este intercambio se puede realizar de forma electrónica a través de Health Current, el intercambio de información médica (HIE) de Arizona.



Muchos consultorios médicos y hospitales están cambiando sus historias clínicas en papel a historia clínicas electrónicas. En su consulta médica más reciente, habrá notado que el/la médico/a utiliza una computadora portátil o tableta para escribir su información de salud. Como su información médica ahora está almacenada de forma segura en una computadora, se puede intercambiar más fácil entre los consultorios médicos, hospitales, laboratorios y centros de radiología. Su información médica se intercambia de manera segura a través del HIE.

El intercambio seguro de su información médica tiene muchos beneficios:

- Mejor tratamiento en casos de emergencia porque los médicos tendrán disponible información sobre sus alergias y problemas anteriores.
- Prevención de errores e interacciones farmacológicas perjudiciales.
- Reducción de costos generales de atención médica mediante la prevención de pruebas, procedimientos y recetas duplicados.

Para obtener detalles sobre la forma en que se intercambiará su información médica y cómo se protegerá, por favor lea el Aviso de Prácticas de Información Médica que recibió en el consultorio médico.

NOTA: Si no desea que su información médica se intercambie a través de HIE, por favor, solicite a su proveedor el formulario de exclusión voluntaria. Para obtener más información, visite www.healthcurrent.org y haga clic en el botón Patient Rights (Derechos del paciente).

Barrow Neurological Institute

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. de Registro Médico (MRN): _____

Fecha de nac.: _____

Formulario de acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de la Información Médica conjunto

A partir del 14 de abril del 2003, la ley exige que Barrow Neurological Institute entregue a cada paciente una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica. Le entregaremos una copia en el momento del primer tratamiento y si cambiamos nuestro aviso, en adelante, en la siguiente consulta de tratamiento. Con su firma a continuación, el paciente acusa el recibo del aviso o si es el representante personal del paciente o agente autorizado o participa en la atención médica del paciente, usted acusa el recibo del aviso. (consulte las páginas 17-20)

_____ _____

Firma de acuse de recibo Fecha

_____ _____

Si no es el paciente, escriba en letra de imprenta el nombre Relación con el paciente

Para uso oficinal

Entregué una copia del NPP al paciente (o su representante personal), pero no pude obtener su acuse de recibo escrito por los siguientes motivos:

_____

_____

Intenté proveer al paciente (o su representante personal) una copia del NPP, pero no pude hacerlo por los siguientes motivos:

_____

_____

Firma del representante de Barrow Neurological Institute: _____Fecha:_____

Nombre en letra de imprenta: _____ Departamento:_____