

**Carlos Almaguer, M.D., F.A.C.O.G.**  
*Board Certified In Obstetrics & Gynecology*



2300 S. McColl Rd. Suite A  
McAllen, Texas 78503  
Ph: (956) 668-9100  
Fax: (956) 668-9101

Dr. Almaguer & Associates  
The Right Choice for Women

### INFORMACION DEL PACIENTE

Expediente #: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_  
CD. Código Postal  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL CÓNYUGE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
# de celular: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Otro núm: \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo y Dirección: \_\_\_\_\_  
Contactos de Emergencia: Amigos, vecinos, parientes, etc. excepto el cónyuge.  
1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo/Celular #: \_\_\_\_\_  
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo/Celular #: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO

Nombre del seguro y dirección: \_\_\_\_\_  
Titular del seguro: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_ AUTORIZACIÓN DE SEGURO: YO AUTORIZO AL DR. CARLOS ALMAGUER DE PROPORCIONAR INFORMACION A MI PROVEDORES DE SEGURO MEDICO SOBRE MI SALUD MEDICA Y TRATAMIENTOS.  
\_\_\_\_\_ ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: YO AUTORIZO AL DR. CARLOS ALMAGUER PARA RECIBIR LOS PAGOS DE SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS A MI PERSONA Y DEPENDIENTES. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI SEGURO.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Prácticas de Privacidad HIPAA**  
**Women's Specialists of McAllen**  
2300S McColl Rd., Suite A McAllen, TX 78503  
(956) 668-9100

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE USARSE Y SER REVELADA Y A SU VEZ COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE

Este documento de Privacidad del Paciente, describe como podemos usar y revelar su información protegida de salud para su tratamiento médico, pago, o cuidado de la salud, además por otras razones que son permitidas o requeridas por ley. Describe también sus derechos al acceso y control de su información protegida de salud. "Información Protegida de Salud" es información acerca de usted, inclusive información demográfica, esta información puede identificarla y relacionarla a su pasado, presente para alguna futura condición de salud físico o mental o condición relacionada a sus cuidados de salud.

**Divulgación y usos de su Información protegida de salud.** Su información protegida de salud se puede usar y ser revelada por su médico, nuestro personal u otros independientes proveedores de salud que están implicados en su cuidado y tratamiento de salud, con el propósito de proporcionar servicios de salud, pago de sus cuentas, sostener el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro requerido por ley.

**Tratamiento.** Su información protegida de salud será utilizada y divulgada para proporcionar, coordinar y manejar su cuidado de salud y servicios relacionados. Esto incluye la coordinación y administración de su cuidado de salud a terceras personas. Por ejemplo, nosotros revelaremos su información de salud protegida según sea necesario a servicios de enfermería que provee cuidados a su persona. Por ejemplo su a su información protegida de salud puede ser revelada al doctor a quien ha sido referida para asegurar que el doctor cuenta con la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento.

**Pago.** Su información protegida de salud se usara, cuando sea necesario para obtener el pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, obtener aprobación por parte del Hospital para la estancia hospitalaria requiere que se revele información protegida de salud relevante a su plan de salud para obtener la aprobación de admisión al hospital.

**Operaciones de atención médica.** Podemos usar o revelara, según sea necesario su información protegida de salud con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a las actividades de evaluación de la calidad, las actividades del empleado, la formación de los estudiantes de medicina, la comercialización de licencias y actividades recaudadoras de fondos, y estudiantes de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos utilizar la hoja de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indicar el nombre de su médico. También lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su MÉDICO está listo para verlo. Podemos divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para ponernos en contacto con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como es requerido por la ley en cuestiones de salud pública, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, administración de alimentos y drogas, procedimientos judiciales, aplicación de la ley, médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos, la actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, e Investigación, compensación a los trabajadores, los presos. De conformidad con la ley, debemos hacer divulgaciones a usted, cuando sea requerido por el secretario del DEPARTAMENTO de la salud y servicios humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164:5.00.

**Otros Usos y las Revelaciones Permitidos y Requeridos** se harán solo con su consentimiento, la autorización o la oportunidad de oponerse a menos que requerido por la ley.

**Usted puede revocar esta autorización:** por escrito, en cualquier momento, excepto aquellas en que su médico o el médico en práctica haya tomado una acción basada en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud. Sin embargo bajo la ley federal, usted no puede copiar ni inspeccionar los registros siguientes: notas de psicoterapia; información copilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativa, e información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información protegida de salud.

**Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información protegida de salud.** Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede pedir que una parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este aviso de prácticas de privacidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si el médico cree que está en su mejor interés de permitir el uso y la divulgación de su información protegida de salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

**Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso, previa solicitud, incluso si están de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

**Usted puede tener derecho a que su médico enmiende su información médica protegida.** Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de cualquier refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información protegida de salud.**

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota, se le informara por correo de cualquier cambio. Usted tiene el derecho de oponerse o retirar como ha sido proporcionado en esta nota.

**Quejas.** Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja a nosotros notificando la razón de su queja. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Esta artículo se público y entra en vigencia en/o antes del 14 de abril del 2003.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad, y proporcionar a las personas este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la protección de información de salud. Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor solicite hablar con nuestro Oficial de Quejas de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número telefónico principal, (956) 668-9100.

Firma a continuación es sólo el reconocimiento que ha recibido esta notificación de nuestras prácticas de privacidad:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Carlos Almaguer, M.D., F.A.C.O.G.**  
*Board Certified In Obstetrics & Gynecology*



2300 S. McColl Rd. Suite A  
McAllen, Texas 78503  
Ph: (956) 668-9100  
Fax: (956) 668-9101

Dr. Almaguer & Associates  
The Right Choice for Women

## Bienvenido a Women's Specialists of McAllen

El objetivo de nuestra Clínica es proporcionar a los pacientes excelentes servicios médicos de manera profesional y cuidadosamente. Para asistirlos mejor y asegurar el pago puntual de su asegurador, haremos una copia de los siguientes documentos:

1. Tarjeta de Seguro Medico
2. Licencia de manejo
3. Tarjeta de Seguro Social

**PAGO COMPLETO** debe realizarse al momento de recibir nuestros servicios a menos que se hayan realizado arreglos financieros previos con nuestro gerente. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito.

Cualquier deducible, co-payments, y/o co-insurance debe pagarse en el momento del servicio. Favor de proporcionarnos la información correcta y actualizada de su **PROVEEDOR DE SEGUROS, DIRECCIÓN, EMPLEO Y NÚMERO TELEFÓNICO.**

**SERVICIOS PRESTADOS A MENORES:** El adulto que acompañe al paciente menor es responsable de pagar los servicios. En consideración a nuestro espacio limitado y por la comodidad de otros pacientes, le pedimos se abstenga de traer a sus hijos durante su visita a nuestra oficina. Nuestra póliza de seguridad y cobertura de seguros NO nos permite tener niños mayores de 8 meses en nuestro consultorio. SIN EXCEPCIÓN. Favor de re-programar una nueva cita si trajo a su hijo/hijos.

A fin de proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad a todos nuestros pacientes, si usted va a cancelar su cita, la póliza de nuestra oficina requiere que la cancelación sea 24 horas antes de su cita ya programada de no hacerlo puede resultar un cargo de \$25.00.

### **TARIFAS POR SERVICIOS:**

Envío de registros médicos por petición de los pacientes a otro proveedor de atención médica:

\$25.00	Cuando se solicita de 1 a 20 páginas (0.50 por páginas adicionales).
\$50.00	Expedir formularios de seguro o de discapacidad.
\$10.00	Copias de la declaración anual.
\$1.00	Copias de laboratorios o formas de encuentro

CON EL FIN DE MANTENER NUESTRA ÁREA DE ESPERA LIMPIA PARA USTED  
NO SE PERMITEN ALIMENTOS NI BEBIDAS

Su satisfacción es muy importante para nosotros. Agradecemos su confianza. Cualquier pregunta, sugerencias o inquietudes con respecto a las tarifas o servicios diríjase con nuestro gerente.

**HE LEIDO Y COMPRENDO LAS PÓLIZAS DE LA PRÁCTICA. ESTOY DE ACUERDO A ACATAR SUS TÉRMINOS. TAMBIÉN ENTIENDO QUE TALES TÉRMINOS PODRÁN SER ENMENDADOS DE VEZ EN CUANDO POR LA PRÁCTICA**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente y/o responsable del pago

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Carlos Almaguer, M.D., F.A.C.O.G.**  
*Board Certified In Obstetrics & Gynecology*



2300 S. McColl Rd. Suite A  
McAllen, Texas 78503  
Ph: (956) 668-9100  
Fax: (956) 668-9101

Dr. Almaguer & Associates  
The Right Choice for Women

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información de mi seguro que he proporcionado a Women's Specialists of McAllen es correcta y es mi cobertura principal. Yo entiendo que si mi seguro medico retiene los pagos por razón de que yo haya dado información incorrecta, yo seré responsable de pagar cualquier balance que el seguro no haya pagado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **AUTORIZACIÓN DE SEGURO**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Women's Specialists of McAllen, para proporcionar información a mi compañía de seguros referente a mi salud médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Carlos Almaguer, M.D., F.A.C.O.G.**  
*Board Certified In Obstetrics & Gynecology*



2300 S. McColl Rd. Suite A  
McAllen, Texas 78503  
Ph: (956) 668-9100  
Fax: (956) 668-9101

Dr. Almaguer & Associates  
The Right Choice for Women

## **ACUERDO POR PAGO PRIVADO**

Entendido que el Dr. Almaguer y Asociados me están aceptando como un paciente privado que no tiene seguro comenzando el día \_\_\_\_\_ hasta el día en que se presente a esta oficina la documentación actualizada y vigente de Medicaid y seré responsable del pago por servicios que reciba. El proveedor no presentará una reclamación a Medicaid por los servicios prestados a mí persona durante ese período.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha