



The Ear Institute of Texas, P.A.

(210) 696-HEAR (4327) • (210) 798-2509 Fax
18518 Hardy Oak Blvd, Suite
300 San Antonio, Texas 78258

PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES PARA LA DRA. JESSICA KEPCHAR CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Si el paciente es menor de edad, complete lo siguiente:

Su nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Su dirección: _____

Relación con el paciente: ___Madre/Padre ___Tutor ___Otro (explique) _____

Por el presente, brindo consentimiento para la prestación de atención, diagnóstico o tratamiento por parte de The Ear Institute of Texas, The Voice & Swallow Institute of Texas o The Hearing Institute of Texas. Este consentimiento se aplicará a médicos, proveedores no médicos, audiólogos y cualquier otro empleado que trabaje bajo la dirección del médico u otro proveedor de atención médica profesional, para brindarme atención médica a mí (o al paciente). Este consentimiento incluye contacto y conversaciones con otros profesionales de atención médica para la atención y el tratamiento, así como con su compañía del plan de seguro médico.

Comprendo que tengo derecho a rechazar cualquier prueba de diagnóstico u otras recomendaciones por parte de mi proveedor de atención médica.

DERECHOS DEL PACIENTE

- A ser tratado con cortesía, respeto y protección de su privacidad.
- A recibir respuestas rápidas y razonables a preguntas y solicitudes.
- A saber quién le brinda atención médica o le realiza pruebas al momento de su visita.
- A recibir información con respecto al diagnóstico y el tratamiento.
- A tener acceso imparcial al tratamiento médico o a las adaptaciones, independientemente de su raza, nacionalidad de origen, religión, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.
- A la privacidad y confidencialidad de todos los registros en relación con su tratamiento.
- A tener acceso a la gerencia sénior por quejas, felicitaciones u otros asuntos clínicos relacionados.

Fecha: _____ Fecha de la firma: ____/____/____

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA) DE 1996**

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: PROVEEDORES MÉDICOS Y SUS DERECHOS

() En forma potencial, su información confidencial podría ser transmitida a quienes están autorizados a recibir dicha información.

INICIAL The Ear Institute of Texas hace su mejor esfuerzo por evitar dicha divulgación. Me han informado acerca de esta posibilidad y autorizo a The Ear Institute of Texas a utilizar fax para transmitir mi Información protegida de salud (Protected Health Information, "PHI"), la cual puede incluir, entre otras cosas, información de contacto e historial de medicamentos.

Por el presente, autorizo a The Ear Institute of Texas a divulgar mi PHI al médico que me deriva o a otro médico o proveedor de atención médica o centro relacionado con mi atención y tratamiento, o según las reglas, reglamentaciones o leyes correspondientes lo permitan de otro modo. Comprendo y acepto que la divulgación de dicha información puede realizarse, entre otras maneras, por teléfono o fax, en forma electrónica, por correo postal o mediante servicios de entrega en 24 horas.

Asimismo, por el presente, autorizo a The Ear Institute of Texas a obtener mi PHI del médico que me deriva o de otro médico o proveedor de atención médica o centro relacionado con mi atención y tratamiento, lo que incluye historial de medicamentos de cualquier farmacia. Del mismo modo, autorizo la transmisión de esta PHI a The Ear Institute of Texas, entre otras maneras, por teléfono o fax, en forma electrónica, por correo postal, a través de un servicio de mensajería o mediante servicio de entrega en 24 horas.

Puede solicitar ver o recibir una copia de su historia clínica y otra información médica. Si desea una copia, deberá solicitarla por escrito. Puede haber un cargo módico para cubrir el costo de impresión y los servicios postales. Puede tardar 30 días como máximo. Puede solicitar cambiar cualquier información incorrecta en su registro o agregar información a este si considera que falta algo o algo está incompleto.

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja según la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, OCR) ante nosotros o ante la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud (Secretary of Health and Human Services). Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability And Accountability Act, HIPAA), no podemos tomar represalia contra ninguna persona que presente una queja.

Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: FAMILIA Y OTROS

() **INICIAL** De acuerdo con las reglamentaciones de la HIPAA, The Ear Institute of Texas no puede analizar su afección, atención o plan de tratamiento con familiares u otras personas a menos que estos estén autorizados por usted a acceder a dicha PHI en relación con su afección, atención o plan de tratamiento. The Ear Institute of Texas debe obtener dicha autorización de usted o de su representante legalmente autorizado antes de divulgar dicha información

Sin embargo, según las reglamentaciones, se puede anular esta disposición de privacidad de acuerdo con su afección médica.

Por lo tanto, por el presente, autorizo a The Ear Institute of Texas a divulgar mi PHI a las siguientes personas:

Nombre _____
Relación

Nombre _____
Relación

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Nombre de la persona de contacto: _____ Relación: _____

Números de teléfono de los contactos de emergencia: Celular: _____ Laboral: _____ Otro: _____

Divulgación general: El Dr. Jackson se desempeña como inversor o en la función de consejero para las siguientes compañías: Precision Neuromonitoring, Astute Assistants y Cochlear Corporation.

He leído esta divulgación antes de firmar a continuación y comprendo plenamente su contenido, significado e impacto.

Firma: Paciente/Garante/Tutor legal _____
Fecha de nacimiento

Nombre de letra imprenta: Paciente/Garante/Tutor legal _____
Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, ASIGNACIÓN DE DERECHOS PARA TRAMITAR QUEJAS CONFORME A ERISA Y OTRAS RECLAMACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON MI SEGURO MÉDICO O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUIDO INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por el presente, asigno y nombro a The Ear Institute of Texas y a Voice & Swallowing Institute of Texas como mi representante autorizado designado para todos los beneficios médicos o reembolsos del seguro, si es que los hay, de otro modo pagaderos a mí por servicios, tratamientos, terapias o medicamentos brindados o proporcionados por el proveedor de atención médica antes citado, independientemente de su condición de participación en la red de atención administrada. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cambios más allá de cualquier seguro correspondiente o pago de beneficios. Por el presente, autorizo al proveedor de atención médica antes citado a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamaciones. Asimismo, por el presente, autorizo al fiduciario administrador de mi plan, a mi aseguradora o a mi abogado a divulgar al proveedor de atención médica antes citado todos los documentos del Plan, la descripción resumida del plan, la póliza del seguro o la información de resolución mediante solicitud por escrito del proveedor de atención médica antes citado o sus abogados, a fin de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de los beneficios médicos o el reembolso del seguro anteriores, también asigno o transmito al proveedor de atención médica antes citado cualquier reclamación legal o administrativa, o derecho de acción que pudiera surgir conforme al plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro médico o seguro del culpable de un acto ilícito civil con respecto a gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias o medicamentos que recibo del proveedor de atención médica antes citado (incluido cualquier derecho a tramitar quejas legales o administrativas o derecho de acción). Esto constituye una asignación explícita y deliberada de las quejas por incumplimiento del deber fiduciario conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) y otras quejas legales o administrativas.

Mediante esta asignación y designación de un representante autorizado, pretendo ceder al proveedor antes citado todos mis derechos a reclamar los beneficios médicos relacionados con los servicios, los tratamientos, las terapias o los medicamentos proporcionados para el proveedor de atención médica antes citado (o a colocar un gravamen sobre estos), incluidos derechos a cualquier resolución, seguro o recursos legales o administrativos aplicables (incluidas reclamaciones por daños y perjuicios que surjan del incumplimiento del deber fiduciario conforme a la ERISA). Otorgo al cesionario o representante designado (proveedor antes citado) derecho a (1) obtener información sobre la queja en la misma medida que yo; (2) presentar evidencia; (3) hacer declaraciones sobre hechos o derecho; (4) realizar solicitudes, lo que incluye brindar o recibir notificación de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial, y tramitar quejas o derecho de acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. El proveedor antes citado en calidad de mi cesionario y mi representante autorizado designado puede entablar demandas contra cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con capacidad derivada a expensas del proveedor.

A menos que se revoque, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales conforme a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) (legislación sobre la reforma de la atención médica), la ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales correspondientes. Una fotocopia de la asignación se considerará válida, igual que si fuera el original.

HE LEÍDO Y COMPRENDO PLENAMENTE ESTE ACUERDO.

Firma: Paciente/Garante/Tutor legal

Fecha



The Ear Institute of Texas, P.A.

(210) 696-HEAR (4327) • (210) 798-2509 Fax
18518 Hardy Oak Blvd, Suite
300 San Antonio, Texas 78258

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____ HISTORIA CLÍNICA: _____

Nombre legal completo _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Particular: () _____ Laboral: () _____ Celular:() _____

Correo electrónico: _____ Número del Seguro Social _____ / ____ / ____

Estado civil: _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cómo nos encontró? Derivación de un médico | Guía telefónica | Lista de proveedores de seguro | Página web | Amigo | Otro _____

Nombre del médico que hace la derivación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono () _____

¿El médico que lo deriva es especialista en oído, nariz y garganta? _____ Sí _____ No

Médico de atención primaria/de cabecera _____ Número de teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono () _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Ignore si el paciente es el mismo que el titular de la póliza)

Compañía de seguros principal _____ N.º de grupo _____ N.º de id. _____

Titular de la póliza _____ N.º del Seguro Social del titular de la póliza ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros secundaria _____ N.º de grupo _____ N.º de id. _____

Titular de la póliza _____ N.º del Seguro Social del titular de la póliza ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

GARANTE O PARTE RESPONSABLE EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE. ***NO SU COMPAÑÍA DE SEGUROS***

Nombre legal completo _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Seguro Social _____ / ____ / ____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del empleador: () _____ Número de teléfono particular: () _____

Número de teléfono alternativo: () _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

Persona de contacto _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono laboral: () _____ Número de teléfono particular: () _____

Información estadística federal: Idioma principal: _____ Raza: _____ Origen étnico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Póliza del paciente: Se requiere el pago al momento del servicio a menos que se hayan hecho acuerdos previos. El pago incluye todos los copagos, coseguros o deducibles correspondientes. Para su conveniencia, este consultorio acepta Visa, MasterCard, tarjetas de débito, efectivo y cheques locales. Hay un cargo de servicio de USD 35,00 por cheques rechazados. () Iniciales

Servicios no cubiertos: En cualquier momento de su cita, se le puede pedir que se someta a pruebas de diagnóstico que pueden estar cubiertas o no por su proveedor de seguro. Usted será responsable de todos los cargos no cubiertos por su proveedor de seguro y deberá pagarlos al momento en que se brindan los servicios. () Iniciales

Seguro: Este consultorio factura a las compañías de seguro participantes como cortesía hacia nuestros pacientes. Se espera que envíe el pago de todos los copagos, coseguros o deducibles correspondientes al momento en que se prestan los servicios, según los requisitos de su plan de seguro individual. **Si no recibimos el pago de su compañía de seguros, el saldo total adeudado será su responsabilidad.** Debido a la gran variedad de planes de seguro, le pedimos que verifique sus beneficios individuales con su proveedor de seguro. Este consultorio brinda la información de su plan únicamente como cortesía y no es responsable de la interpretación de su plan individual. Por el presente, autorizo a este consultorio a divulgar toda la información médica a mi proveedor de seguro médico, a fin de procesar mi reclamación. Asimismo, asigno todos los reembolsos del plan de seguro médico a este consultorio. () Iniciales

Citas a las que no asiste: Este consultorio se compromete a brindar servicios de calidad a la mayor cantidad posible de pacientes. Los recursos se asignan para cada paciente en forma individual. Las citas a las que no asiste (lo que incluye llegar 15 minutos tarde o más a su cita programada o no llegar a tiempo para completar el papeleo antes del horario de la cita programada) representan un costo para este consultorio y un problema para otros pacientes a los que se les podría haber programado una cita en el lapso de tiempo asignado a usted. **SOLICITAMOS AVISAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN PARA CANCELAR SU CITA PROGRAMADA; 48 HORAS, PARA SU PRUEBA VESTIBULAR Y 72 HORAS PARA SU CIRUGÍA.** () Iniciales

Los cargos de cancelación son los siguientes: USD 50,00 para una cita, USD 75,00 para pruebas vestibulares y USD 250,00 para cirugías (canceladas con menos de 72 horas de anticipación al horario programado) y USD 500,00 (si se cancelan menos de 24 horas del horario programado). Estos cargos también pueden aplicarse a pacientes que llegan más de 15 minutos tarde a su cita programada. () Iniciales

Proveedores de nivel medio: El Dr. Jackson emplea proveedores de nivel medio (personal médico asociado o personal de enfermería practicante) para que lo ayuden a atender a la gran cantidad de pacientes que necesitan atención médica todos los días. Los proveedores de nivel medio están altamente cualificados y capacitados por los médicos para tratar a los pacientes complejos desde el punto de vista médico que los médicos atienden. Los pacientes pueden ser atendidos por el médico o por uno de los proveedores de nivel medio. Los médicos individuales supervisan la atención de cada uno de sus pacientes, pero necesitan ayuda para brindar atención en forma oportuna. En algunos casos, el proveedor de nivel medio comenzará la evaluación de un paciente según la agenda del médico. Si es necesario, puede solicitar ver al médico. () Iniciales

Coloque sus iniciales en cada uno de los puntos anteriores y firme y coloque la fecha en este formulario antes de su primera visita. No dude en hacerle preguntas a nuestro personal de recepción o al gerente del consultorio en caso de tener preguntas sobre la información contenida en este formulario. ¡Gracias por ser nuestro valioso paciente!

Firma del paciente/Garante/Tutor legal: _____

Fecha: _____ / _____ / _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Dra. Kepchar Antecedentes de salud Habitación:

Nombre:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Farmacia preferida (nombre y número):			
Médico de atención primaria:			

Motivo de la visita de hoy: _____

Marque si no se produjeron cambios en sus antecedentes de salud

Antecedentes médicos (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan): Diabetes

Presión arterial alta Accidente cerebrovascular Ataque cardíaco Cardiopatía Latidos cardíacos irregulares

Asma EPOC Neumonía Nefropatía Hepatopatía Trastorno de la glándula tiroidea Trastorno

hemorrágico Alergias Reflujo Úlceras Pérdida auditiva Migraña Apnea obstructiva del sueño

Enfermedad autoinmunitaria Inmunodeficiencia Cáncer Artritis

Antecedentes quirúrgicos (indique el año y las complicaciones, de haberlas):

Cirugía de oídos, nariz, garganta, cuello _

Otra cirugía _____

Medicamentos (incluya nombre/dosis/frecuencia de los medicamentos recetados, de venta libre, suplementos, vitaminas, suplementos herbarios o adjunte una lista si es necesario):

Alergias (incluya alergias farmacológicas, alimentarias, ambientales): _____

Vacunas al día: Sí No

Tabaco (encierre una opción en un círculo): Sí No En el pasado **Tipo (encierre en un círculo):** Cigarrillos Sin humo Vapeo

Consumo de alcohol (encierre una opción en un círculo): Sí No En el pasado

Ocupación: _____

Antecedentes familiares (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan e indique la relación): _____

Trastorno hemorrágico Problemas en los oídos Pérdida auditiva Enfermedad tiroidea Cardiopatía

Enfermedad neurológica Cáncer

Revisión de los síntomas (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan):

Fiebre Pérdida de peso Aumento de peso	Dolor articular Dolor muscular
Fatiga	
Cambios en la visión Glaucoma	Urticaria Sarpullido Comezón
Picazón en los ojos/lagrimeo	
Pérdida auditiva Dolor de oídos	Micción frecuente Sangre en la orina
Zumbido en los oídos Mareos Exposición a ruidos fuertes Sensación de oído tapado	
Hemorragias nasales Cambio en el olfato	Adormecimiento/Debilidad Dolor de cabeza
Problemas en los senos paranasales	
Congestión nasal Goteo nasal Goteo posnasal	
Dolor en el pecho Latidos cardíacos irregulares	Adenopatía Facilidad para tener hemorragias/desarrollar hematomas
Tos Disnea Ronquidos	Ansiedad Depresión
Ardor estomacal Náuseas	Enfermedades cutáneas Problemas hormonales
Dificultad para tragar Dolor de garganta	
Cambio en la voz	

*****ÚNICAMENTE PARA USO DEL CONSULTORIO*****

Presión arterial:	Frecuencia cardíaca:	Temp.:	Altura:	Peso:
--------------------------	-----------------------------	---------------	----------------	--------------

HPI:

Examen físico	
Oídos: Prueba de Weber	Rinne: A>B B>A
R M L	
Derecho:	Izquierdo: Bino S/N
Nariz:	
R DNS L DNS	Hipertrofia de cornetes
Garganta:	
Amígdalas grado	Paladar elongado redundante
0/1/2/3/4	
Cuello:	TMJ: S/N

NE/NP/FFOL:

A/P: 99203 99204 99213 99214

Audio VNG: prueba posicional/calórica Posturografía ECOG ABR

Pruebas de alergia

PSG: SNAP VITAL

FNA

Diagnóstico por imágenes: CT MRI US Llamada para informar resultados

Seguimiento: semanas/meses PRN