



**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**  
**CONVENIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del Paciente/Tutor) seré referido en este acto y de aquí en adelante como, “El Paciente/Tutor”.

Yo, John T. Knight MD/ The Hand and Wrist Institute PA seré representado en este acto y de aquí en adelante como el “Médico”.

Entiendo que estoy celebrando una relación contractual con el Médico para la atención de la salud. También entiendo que las demandas sin mérito ni fundamento por malas prácticas médicas tienen un efecto adverso en el costo y disponibilidad de los servicios médicos para los pacientes pudiendo resultar en daño irreparable para el médico. Como consideración adicional a la atención profesional brindada para mí, el Paciente/Tutor por el Médico, acuerdo en no proceder legalmente dando inicio o avance a ninguna demanda sin mérito ni fundamento por malas prácticas médicas en contra del Médico.

Si inicio o persigo acción legal contra una práctica médica que merezca méritos, consiento en usar como testigos expertos (con respecto a los problemas relacionados con la atención médica), sólo a médicos del certificado por el Comité Americano de Especialidades Médicas en la misma especialidad del médico en cuestión. Además, consiento en que los médicos retenidos por mí y a mi favor, serán todos miembros disciplinados de la Junta Americana de Cirugía Ortopédica.

Consiento en que el(los) experto(s) estará(n) obligado(s) a apegarse a las directrices del código de conducta definido por la Academia Americana de Cirugía Ortopédica y el(los) experto(s) también se obligan a consentir completamente en que se realice una revisión de la conducta de dicha sociedad y de sus miembros, Junta Americana de Cirugía Ortopédica.

Consiento en solicitar los servicios de un abogado contratado por mí y a un médico para que actúe a mi favor como testigo experto para apegarse a estas disposiciones. Además, el Médico acepta de común acuerdo las estipulaciones anteriores.

Cada una de las partes acepta que la conclusión obtenida por una sociedad especializa a través de un experto en el proceso será utilizada para apoyar o refutar la evidencia de una demanda sin mérito ni fundamento.

El Paciente/Tutor y el Médico acuerdan que este Convenio se celebra entre las partes individualmente y sus respectivos sucesores, apoderados, representantes personales, cónyuges y otros dependientes.

El Médico y el Paciente/Tutor convienen en que estas disposiciones se aplicarán para cualquier demanda interpuesta por mala práctica médica en base a una teoría de contrato, negligencia, agresión o cualquier otra teoría de remedio legal. El Paciente/Tutor reconoce que se le ha dado suficiente oportunidad para leer este convenio y para exponer cualquier duda cerca del contenido de este.

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor

Vigente a partir de la fecha del tratamiento

Fecha de la Firma

**Aviso de prácticas de privacidad  
(Médico)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.**

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónica, en papel u oralmente, se mantengan debidamente confidenciales. Este acto le brinda a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información personal de salud.

Según lo requerido por HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto sería un examen físico.
- Pago significa actividades tales como obtener el reembolso de los servicios, confirmar la cobertura, las actividades de facturación o cobro y la revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería enviar una factura por su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Las operaciones de atención médica incluyen el aspecto comercial del funcionamiento de nuestra práctica, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo de esto sería una revisión de evaluación de calidad interna.

También podemos crear y distribuir información de salud no identificada eliminando todas las referencias a información de identificación individual.

Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se realizará solo con su autorización por escrito. Puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a cumplir y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basadas en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas las relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.

- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas las relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar nuestra información de salud protegida.
- El derecho a modificar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de divulgaciones de información de salud protegida.
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso si lo solicitamos.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Este aviso entra en vigor a partir del 14 de abril de 2003 y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos en nuestro Aviso de prácticas de privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones de aviso sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos (y usted puede solicitar) una copia escrita de un Aviso revisado de prácticas de privacidad de esta oficina.

Puede recurrir si considera que se han violado sus protecciones de privacidad. Tiene derecho a presentar una queja por escrito ante nuestra oficina, o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Por favor contáctenos para más información. Para obtener más información sobre HIPAA o presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services  
Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201 (202) 619-0257  
Toll Free: 1-877-696-6775

**Bienvenidos**

**Dedique unos minutos a responder las siguientes preguntas para que podamos ayudarlo mejor con sus necesidades de atención médica.**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**Paciente:**

\_\_\_\_\_

<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>
-----------------	---------------	----------------

**Dirección:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
---------------	---------------	----------------------

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **SS del Paciente:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Numero de Compañía:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**¿A quién podemos agradecerle por referirle?**

\_\_\_\_\_

**NUMEROS DE TELEFONO**

**Casa:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Email:**

\_\_\_\_\_

**Buen momento para contactarle:**

\_\_\_\_\_

**Información de Farmacia:**

\_\_\_\_\_

**¿En caso de emergencia, a quien podemos contactar?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Casa:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Historial Médico del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ Usas tu mano: Derecha Izquierda

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Es esto relacionado con el trabajo? Si No

¿Fue reportado? Si No

¿Fue enviado a nuestra oficina por su médico? Si No Si es así, por favor provea:

Solicitar el nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Historia de la enfermedad actual: \_\_\_\_\_ Problema: \_\_\_\_\_ Extremidad Derecha Extremidad Izquierda  
Altura: \_\_\_\_\_' \_\_\_\_\_" Peso: \_\_\_\_\_ lbs Edad: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Calidad: \_\_\_\_\_  
(¿Dónde está el dolor / problema? ¿Viaja a otras áreas?) (¿El dolor es sordo, punzante y agudo? Si es un bulto, ¿es cálido, tierno, rojo?)

Severo: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

(¿Qué tan severo es el dolor en una escala de 1-5 con 5 siendo más severo?) (¿Cuánto tiempo has tenido este dolor / problema? ¿Cuándo empezó?)

Tiempo: \_\_\_\_\_ Contexto: \_\_\_\_\_  
(¿El dolor / problema ocurre en un momento específico? ¿Es raro, intermitente, constante?) (¿Qué estabas haciendo al inicio de este dolor / problema?)

Signos /síntomas asociados: \_\_\_\_\_  
¿Qué otros problemas asociados tienen (entumecimiento, problemas de vejiga o intestino, sonidos anormales)  
¿Grietas, estallidos, rechinar, chasquidos, hinchazón, rigidez, inestabilidad, dolor nocturno?)

Factores modificadores: \_\_\_\_\_  
¿Qué empeora o mejora el dolor / problema (actividades)?

¿Has visto a otros médicos con respecto a esta condición antes de venir a nuestra oficina? SI No

Doctor	Cuando	Exámenes	Resultados	Tratamiento
--------	--------	----------	------------	-------------

Historia pasada de enfermedades actuales:  
¿Alguna vez ha experimentado alguna lesión o síntoma con respecto a esta parte del cuerpo? SI No

Si es así, proporcione detalles:

Por favor díganos cualquier pasatiempo / deporte que disfrute:

¿Cuál de las actividades anteriores no puede realizar debido a su dolor? \_\_\_\_\_

**Historial médico pasado: ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque los que aplique:**

Aids or HIV+	Bronchitis	Hepatitis	Paperas	Enfermedad Tiroidea
Anemia	Varicela	Presión Alta	Pneumonia	Tuberculosis
Arthritis	Diabetes	Mono infeccioso	Polio	Ulceras
Asthma	Difteria	Enfermedad del riñon	Fiebre reumática	Enfermedad venérea
Problemas de Espalda	Epilepsia	Baja Presión	Escarlatina	Tos ferina
Infección de vejiga	Glaucoma	Sarampión	Apnea	Otro
Tendencia a sangrar	Enfermedad del corazón		Migrañas	Viruela
Transfusiones de sangre	Hemorroides	Prolapso de la válvula mitral		Derrame Cerebral

**Medicamentos: Incluya suplementos a base de hierbas y sin receta.**

Nombre de medicamento	Dosis	Frecuencia	Alergias: Medicamento	Reacción
-----------------------	-------	------------	--------------------------	----------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Alergia al tape?	Si	No
¿Alergia al látex?	Si	No

**Historia quirúrgica / hospitalización pasada:**

Fecha	Cirugía / enfermedad	Doctor	Hospital, Ciudad, Estado
-------	----------------------	--------	--------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Historia social del paciente: Estatus Marital**

Soltero	Uso de Alcohol Nunca	Uso de Tabaco Nunca	Situación de vivienda Con Familia
Casado	Raramente	Antes, pero renuncie	Con Amigos
Divorciado	Moderado	Actualmente	Solo
Viudo	Diario	___ Cajas por día	Otro
Separado			

**Historial médico familiar:**

Padre:	Edad	Condiciones o enfermedades	Si falleció, causa de muerte
--------	------	----------------------------	------------------------------

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Número Seguro Social \_\_\_\_\_

1. Reconozco que The Hand and Wrist Institute me ha proporcionado una copia escrita de su Aviso de prácticas de privacidad. \_\_\_\_\_ (iniciales)
2. También reconozco que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hacer preguntas. \_\_\_\_\_ (iniciales)
3. Reconozco que The Hand and Wrist Institute divulgará mi información médica protegida a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que identifique que se relacione directamente con la participación de esa persona en mi cuidado. \_\_\_\_\_ (iniciales)

Persona(s) \_\_\_\_\_  
(Relación) (Relación)

**O**

Me opongo a la divulgación de mi información de salud protegida a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona. \_\_\_\_\_ (iniciales)

4. Reconozco que The Hand and Wrist Institute puede comunicarse conmigo por correo postal, número de teléfono de casa o número de teléfono celular. \_\_\_\_\_ (iniciales)
5. Solicito un método de comunicación alternativo, como una dirección alternativa o un número de teléfono del trabajo. \_\_\_\_\_ (iniciales)

**Método Alternativo:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante personal (si corresponde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**

**Formas:**

Entiendo que hay un cargo de \$ 25.00 por cualquier formulario que necesite que el médico complete por mí. Todos los formularios serán procesados en 5-7 días hábiles.

**Política de no presentación:**

Habrá un cargo de \$ 40.00 por todas las citas perdidas si no se cancelan o reprograman con al menos 24 horas de anticipación. En caso de cirugía, el período de notificación es de 72 horas y la tarifa es de \$ 250.00

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios médicos:**

Autorizo que el pago de los beneficios médicos se pague directamente a los médicos identificados anteriormente por los servicios profesionales prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-seguro o copago de acuerdo con los términos de mi plan de seguro. Si se trata de un accidente automovilístico por responsabilidad de un tercero, yo, como paciente, soy responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. Reconozco que esta oficina no factura a terceros pagadores.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

Certifico que la lesión por la que estoy siendo tratado no es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión personal y que no hay un litigio pendiente o en proceso con respecto a esta lesión.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA**

**Debido a la naturaleza del horario del médico, y para no molestar a otros pacientes, se le permitirá un período de gracia de diez minutos. Si llega (o llegará) más de diez minutos tarde a su cita, llame a la oficina para reprogramarla.**

**Candidatos a Cirugía:**

Tenga en cuenta que para cualquier procedimiento quirúrgico hay tres entidades que facturarán a su seguro:

- El cirujano (Dr. Knight)
- La instalación de cirugía.
- El anestesiólogo.

Solo podemos ayudarlo con los cargos que emite directamente el Dr. Knight.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Adicionalmente:**

El Dr. Knight realiza todas las cirugías en un centro de cirugía ambulatoria, Medical City Plano y Wise Health Surgical Hospital en Argyle.



## Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida

Nombre Pct: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ para usar o divulgar mi información de salud protegida como se indica a continuación para:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Información a divulgar:

Desde y fechas: \_\_\_\_\_

Copia de registros completos

Información relacionada con los resultados de las pruebas de VIH.

Historia e informes físicos / de consulta

Informes de laboratorio, rayos X, PFT, eco, angio, OP

Otro

Propósito de la divulgación:

Cambio de médico  Segunda opinión

Cuidado continuo  Legal

Cuidado continuo  Seguro Medico

Compensación al trabajador  Escuela

Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información de salud incluye información relacionada con el VIH y / o información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas y / o abuso de sustancias y que al firmar este formulario autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:

Abuso de sustancias (incluido el abuso de alcohol / drogas)  
 Salud mental  
 Notas de psicoterapia  
 Información relacionada con el VIH (incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

1. Entiendo que esta autorización vencerá dos años después de la última fecha de visita de servicio. Una fotocopia de este formulario se considerará tan válida como la original.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad a la dirección indicada a continuación por escrito, y esta autorización dejará de ser efectiva en la fecha notificada, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de eso.
3. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, otras leyes estatales o federales pueden prohibir que el destinatario divulgue información protegida especializada, como información sobre el tratamiento del abuso de sustancias, información relacionada con el VIH / SIDA e información sobre salud psiquiátrica / mental.
4. Mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario
5. Entiendo que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta Autorización.**

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente o representante

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

