



Part of Optum®

¡BIENVENIDO A NUESTRO CONSULTORIO!

New West Physicians le da la bienvenida a nuestro consultorio. Nos dedicamos a brindarles a usted y a sus seres queridos atención centrada en el paciente de alta calidad.

Este Paquete para Nuevos Pacientes está diseñado para reunir información sobre sus antecedentes de salud, a fin de ayudarle a entender las opciones de atención de calidad mejorada que están disponibles para usted, así como algunas expectativas que tenemos sobre usted de que nos ayude en su atención.

Esperamos verlo en su cita programada. Para ahorrar tiempo el día de su cita, lea y llene todas las páginas de este Paquete para Nuevos Pacientes y llévelas a la hora en que debe presentarse para su cita programada. Si no puede llenar el paquete antes de la visita, trate de llegar 30 minutos antes de la hora programada para que podamos responder cualquier pregunta que tenga y para que pueda llenar los formularios. Revise la política financiera incluida en este paquete para estar al tanto de los pagos que debe realizar en el momento del servicio.

Lleve lo siguiente a su cita:

- › **Tarjeta del Seguro (Llévela a cada visita)**
- › **Identificación con foto**
- › **Lista de medicamentos actuales con las dosis**

Esperamos saber más de usted y ayudarle con sus metas de atención de la salud.

– El Equipo de Atención de la Salud de New West Physicians

New West Physicians

Oficina de Servicios Administrativos | 1707 Cole Blvd, Suite 100 | Golden, CO 80401

Teléfono: (303) 763-4900 | Fax: (303) 763-5495

www.nwphysicians.com

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo al Nacer: Masculino Femenino Se identifica como: Hombre Mujer Hombre Transgénero/Mujer a Hombre Mujer Transgénero/Hombre a Mujer Género No Binario Prefiere no decirlo

Otro: _____

Pronombres preferidos: Masculino Femenino Género Neutro Ella Él Ellas/ellos Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana Homosexual Bisexual No contesta Desconocida

Otra: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección de Correo Electrónico: _____ Nombre de la Empresa: _____

N.º de Teléfono Laboral: (____) _____ N.º de Teléfono Residencial (____) _____ N.º de Teléfono Celular (____) _____

Información sobre SegurosSeguro Primario: _____ Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino

Dirección Postal (si es distinta a la anteriormente mencionada): _____

Empresa del Titular de la Póliza: _____ N.º de Teléfono Laboral del Titular de la Póliza: (____) _____

N.º de Póliza y N.º de Grupo: _____ N.º de Teléfono de Servicio al Cliente: (____) _____

Seguro Secundario: _____

Dirección Postal (si es distinta a la anteriormente mencionada): _____

N.º de Póliza y N.º de Grupo: _____ N.º de Teléfono de Servicio al Cliente: (____) _____

Llene esta sección si el paciente es menor de edad (menor de 18 años)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el Paciente: _____ N.º de Teléfono Principal: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia, comunicarse con: _____ N.º de Teléfono: (____) _____

Relación con el paciente: _____

Autorización del Seguro y Cesión de Beneficios: Por medio del presente, autorizo que se pague directamente a New West Physicians y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos del seguro y para la revisión de la utilización y el control de calidad. Doy voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento para mí mismo o mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos o que se facturen a cualquier seguro o pagador externo o que no se paguen a New West Physicians. En caso de que la cuenta sea enviada a cobranzas, pagaré todos los costos del cobro que incluyen, pero no se limitan a, honorarios de agencias, honorarios de abogados y costos judiciales.

Firma del Paciente/Tutor: _____ **Fecha:** _____

(Si el paciente es menor de edad, su padre/madre/tutor legal debe firmar en su nombre)

Relación con el paciente: _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA ADULTOS

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Hoy:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Motivo de la Visita:** _____
Ocupación: _____ **Estado Civil:** _____

ANTECEDENTES DE SALUD PERSONALES/PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS *(indique todo lo que corresponda)*

MANTENIMIENTO DE LA SALUD *(si sabe, indique la fecha más reciente (mes y año) de todo lo que corresponda. P. ej.: enero, 2014). Ayuda para escribir la fecha: Escriba la abreviatura de tres letras del mes, el año con cuatro dígitos y presione la tecla de tabulación. En el formulario aparecerá la fecha en el formato correcto.*

NUEVOS PACIENTES: LLEVEN UNA COPIA DE SUS REGISTROS DE VACUNACIÓN.

SOLO LAS MUJERES:	HOMBRES Y MUJERES:		SOLO LOS HOMBRES:
Menstruación:	Vacuna Antigripal:	Vacuna contra la Pulmonía:	Tacto Rectal:
Última Prueba de Papanicolaou: Última Prueba de Papanicolaou Anormal:	Refuerzo contra el Tétano:	Vacuna contra la Hepatitis B:	Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA):
Fecha de Mamografía: Establecimiento:	Vacuna Zostavax (contra el Herpes Zóster):	Examen de Densidad Ósea (DEXA):	
Cantidad de Hijos:	HgA1c (si es diabético):	Examen de la Vista:	
Cantidad de Embarazos:	Fecha de Colonoscopia: Establecimiento:		

MEDICAMENTOS ACTUALES *(incluya medicamentos de venta sin receta y suplementos a base de hierbas)*

DOSIS Y CONCENTRACIÓN

ALERGIAS

REACCIÓN

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA ADULTOS (cont.)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA/TRAUMATISMO GRAVE ANTERIOR <i>(sin incluir los partos normales)</i>	FECHA Y LUGAR

ANTECEDENTES FAMILIARES Indique si algún miembro de la familia (padres, hermanos, abuelos) presenta las siguientes condiciones. Use las siguientes abreviaturas para identificar quién es: **M** = Madre; **P** = Padre; **Hna.** = Hermana; **Hno.** = Hermano; **AM** = Abuela Materna; **AP** = Abuelo Materno; **AP** = Abuela Paterna; **AP** = Abuelo Paterno; **O** = Otro

SÍ	QUIÉN	CONDICIÓN	SÍ	QUIÉN	CONDICIÓN
		Diabetes			Cáncer de Pulmón
		Enfermedad Cardíaca			Alcoholismo
		Colesterol Alto			Salud Mental
		Cáncer del Cuello Uterino			Presión Arterial Alta
		Cáncer de Seno			Cáncer de Piel
		Cáncer de Colon			Cáncer de Próstata

ANTECEDENTES SOCIALES (Elija "Sí" o "No")

	SI RESPONDE "SÍ", ¿CON QUÉ FRECUENCIA O CUÁNDO?
¿Consume alcohol?	
¿Consume drogas recreativas?	
¿Consume productos derivados del tabaco?	
Si respondió "Sí" al consumo de Productos Derivados del Tabaco, ¿tiene interés en dejar de consumir?	
¿Recientemente dejó de consumir Productos Derivados del Tabaco? ¿Cuándo?	
¿Con qué frecuencia hace ejercicio?	

ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS: DETALLES

¿Se ha caído últimamente?

¿Tiene un documento de Instrucciones por Anticipado?

INDIQUE OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y LA ESPECIALIDAD DE CADA UNO

Farmacia Local (Nombre, Dirección, Ciudad, Número de Teléfono):
Información Adicional y Continuaciones:

Part of Optum®

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (Marque todos los que tiene actualmente)				
GENERALES	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Reciente Aumento o Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Fatiga/Cansancio
CABEZA Y CARA	<input type="checkbox"/> Dolor Facial	<input type="checkbox"/> Presión Facial		
OJOS	<input type="checkbox"/> Dolor Ocular <input type="checkbox"/> Ojo Enrojecido	<input type="checkbox"/> Supuración del Ojo	<input type="checkbox"/> Picazón de Ojo <input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vista
OTORRINOLARINGOLOGÍA (OÍDO, NARIZ, GARGANTA)	<input type="checkbox"/> Dolor de Oído <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/> Congestión Nasal <input type="checkbox"/> Secreción Nasal	<input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Dolor o Picazón en la Garganta	<input type="checkbox"/> Ronquera
CORAZÓN	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Frecuencia Cardíaca <input type="checkbox"/> Frecuencia Cardíaca Baja	<input type="checkbox"/> Vahídos	<input type="checkbox"/> Hinchazón en las Piernas
PULMONES	<input type="checkbox"/> Disnea (Dificultad para Respirar)	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Tos Nocturna
SISTEMA GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Hinchazón Abdominal/Cólicos	<input type="checkbox"/> Dolor Menstrual <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Heces Oscuras o Sangre en las Heces (melena)
SISTEMA GENITOURINARIO	<input type="checkbox"/> Disuria (dolor al orinar) <input type="checkbox"/> Frecuencia Urinaria <input type="checkbox"/> Necesidad Urgente de Orinar	<input type="checkbox"/> Dolor Pélvico <input type="checkbox"/> Orina Oscura <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Nocturia (despertarse por la noche para orinar)	<input type="checkbox"/> Secreción Vaginal <input type="checkbox"/> Problemas con el Ciclo Menstrual	<input type="checkbox"/> Sangrando Vaginal Anormal <input type="checkbox"/> Bultos o dolor en los testículos
ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones/Extremidades <input type="checkbox"/> Dolores Musculares	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda <input type="checkbox"/> Hinchazón en las Articulaciones	<input type="checkbox"/> Rigidez Articular <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares en la Espalda	<input type="checkbox"/> Hinchazón en las Extremidades <input type="checkbox"/> Cojera
PIEL	<input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Lesiones	<input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Llagas en la Boca <input type="checkbox"/> Lesiones Genitales	<input type="checkbox"/> Bultos en los Senos <input type="checkbox"/> Dolor en los Senos
PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Insensibilidad en las Piernas <input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar <input type="checkbox"/> Tropiezos/Caídas
PSIQUIATRÍA	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Suicidio
SISTEMA ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/> Debilidad Generalizada
SANGRE Y LINFA	<input type="checkbox"/> Ganglios Hinchados	<input type="checkbox"/> Propensión al Sangrado	<input type="checkbox"/> Propensión a los Hematomas	<input type="checkbox"/> Ictericia (coloración amarillenta de la piel)
INFORMACIÓN ADICIONAL				

Certifico que la información incluida en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. No voy a considerar responsable a mi médico ni a ningún miembro de su personal de errores u omisiones que yo pueda haber hecho al llenar este formulario.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA PROVEEDORES

Aviso sobre Información Médica: Páginas 1-5

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE RECOMENDAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE.

La ley nos¹ exige que protejamos la privacidad de su información de salud. También se nos exige que le proporcionemos este aviso en el que se explica cómo podemos usar la información sobre usted y cuándo podemos revelar o “divulgar” dicha información a otras personas. Usted también tiene derechos respecto a su información de salud, los cuales se describen en este aviso. La ley nos exige que nos rijamos por las condiciones de este aviso. Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que pueda ser razonablemente usada para identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental, la prestación de atención de la salud o el pago por dicha atención de la salud. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad vigentes según los cuales debemos notificarle en caso de uso indebido de su información de salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso. Si hacemos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, y si mantenemos un sitio de Internet, publicaremos una copia del aviso modificado en nuestro sitio de Internet: nwphysicians.com. Si mantenemos un lugar para entregas en persona, también publicaremos una copia en nuestra oficina. El aviso también estará disponible a solicitud. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia cualquier aviso modificado de información que ya tengamos y de información que recibamos en el futuro.

CÓMO USAMOS O DIVULGAMOS LA INFORMACIÓN

Debemos usar y divulgar su información de salud para brindar dicha información:

- › A usted o a otra persona que tenga el derecho legal de actuar por usted (su representante personal) para administrar sus derechos según se describe en este aviso; y
- › A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurar la protección de su privacidad.

Tenemos derecho a usar y divulgar la información de salud para su tratamiento, para facturar su atención de la salud y administrar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud:

- › **Para Pago.** Podemos usar o divulgar información de salud para obtener el pago de servicios de atención de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a su plan de salud para obtener el pago de los servicios médicos que le prestemos. Podemos pedirle un pago por adelantado.
- › **Para Tratamiento.** Podemos usar o divulgar información de salud para colaborar con su tratamiento o con la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarles atención médica.
- › **Para Tareas Administrativas de Atención de la Salud.** Podemos usar o divulgar información de salud, según sea necesario, para manejar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la prestación y administración de su atención de la salud. Por ejemplo, podríamos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- › **Para Brindarle Información sobre Programas o Productos Relacionados con la Salud,** por ejemplo, tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites impuestos por la ley.
- › **Para Recordatorios.** Podemos usar o divulgar información de salud para enviarle recordatorios sobre su atención, por ejemplo, recordatorios de citas con proveedores que le brindan atención médica o recordatorios relacionados con los medicamentos que le recetaron.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad sobre Información Médica se aplica a los siguientes proveedores afiliados a Optum, INC.: New West Physicians, Inc.

Podemos usar o divulgar su información de salud con los siguientes fines y en circunstancias limitadas:

- › **Según lo Exija la Ley.** Podemos divulgar información cuando la ley lo exija.
- › **A las Personas que Participan en Su Atención.** Podemos usar su información de salud o divulgarla a las personas que participan en su atención o que ayudan a pagar su atención (por ejemplo, un miembro de su familia), cuando usted esté incapacitado o se encuentre en una emergencia, o cuando usted acepte o no objete cuando se le dé la oportunidad. Si no está disponible o no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su beneficio. Se aplican reglas especiales sobre cuándo podemos divulgar información de salud a los miembros de la familia y a otras personas que participaron en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información de salud a cualquier persona que participaba, antes de la muerte, en la atención o el pago de la atención de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo estaría en contra de una preferencia expresada anteriormente por la persona fallecida.
- › **Para Actividades de Salud Pública,** tales como la prevención de brotes de enfermedades o la presentación de informes sobre estos casos ante una autoridad de salud pública. También podemos divulgar su información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o a personas bajo la jurisdicción de la FDA a efectos relacionados con cuestiones de seguridad o calidad, eventos adversos o para facilitar el retiro del mercado de medicamentos.
- › **Para Denunciar Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Intrafamiliar** ante autoridades gubernamentales que estén autorizadas por la ley para recibir dicha información, incluida una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- › **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, por ejemplo, concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones sobre fraudes y abusos.
- › **Para Procesos Judiciales o Administrativos,** por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, una orden de allanamiento o una citación.
- › **Con Fines de Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar su información de salud a un oficial responsable de hacer cumplir la ley, por ejemplo, con el fin de brindar información limitada para localizar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- › **Para Evitar Amenazas Graves para la Salud o Seguridad** de su persona, de otra persona o del público, por ejemplo, mediante la divulgación de información a agencias de salud pública o a las autoridades responsables de hacer cumplir la ley, o en el caso de una emergencia o un desastre natural.
- › **Para Funciones Especializadas de Gobierno,** como actividades militares y de veteranos, de seguridad nacional e inteligencia y servicios de protección para el Presidente u otras personas.
- › **Para la Compensación del Seguro Obrero** según lo autoricen las leyes estatales de compensación del seguro obrero que rigen las lesiones o enfermedades laborales, o en la medida que sea necesario cumplir con ellas.
- › **Con Fines de Investigación,** por ejemplo, investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si los estudios de investigación cumplen los requisitos de privacidad establecidos por las leyes federales.
- › **Para Brindar Información Sobre Difuntos.** Podemos divulgar información a un médico forense o médico legista para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de una muerte o según lo autorizado por las leyes. También podemos divulgar información a directores de funerarias, según sea necesario para llevar a cabo sus tareas.
- › **Con Fines de Obtención de Órganos.** Podemos usar o divulgar información a entidades encargadas de la obtención, colocación en bancos de órganos o trasplantes de órganos, córneas o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.

- › **A Instituciones Correccionales u Oficiales Responsables de Hacer Cumplir la Ley** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial responsable de hacer cumplir la ley, pero solamente si es necesario (1) para que la institución le brinde atención de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la protección y seguridad de la institución correccional.
- › **A Socios Comerciales** que desempeñen funciones en nuestro nombre o nos presten servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. A nuestros socios comerciales se les exige, a través del contrato que tienen con nosotros y en conformidad con la ley federal, proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en nuestro contrato y la que autoriza la ley.
- › **Restricciones Adicionales sobre Uso y Divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluida la información sumamente confidencial sobre usted. La “información sumamente confidencial” puede incluir información confidencial de acuerdo con las leyes Federales que rigen la información sobre el abuso de alcohol y drogas, así como de acuerdo con las leyes estatales que generalmente protegen los siguientes tipos de información:
 1. VIH/SIDA;
 2. Salud mental;
 3. Exámenes genéticos;
 4. Abuso de alcohol y drogas;
 5. Enfermedades de transmisión sexual e información sobre salud reproductiva; y
 6. Maltrato o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual.

Si otras leyes que se aplican a nosotros prohíben o limitan sustancialmente el uso o la divulgación de la información de salud que se describe en este aviso, debemos cumplir con los requisitos de las leyes más rigurosas. Se adjunta a este aviso un documento de “Enmiendas Federales y Estatales”.

Excepto las divulgaciones y los usos descritos y limitados según se establece en este aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud solo con su autorización por escrito. Esto incluye, salvo en circunstancias limitadas permitidas por las leyes federales de privacidad, no usar ni divulgar notas de psicoterapia sobre usted, no vender su información de salud a otros, no usar ni divulgar su información de salud para ciertas comunicaciones promocionales que sean comunicaciones de *marketing* prohibidas por las leyes federales, sin su autorización escrita. Una vez que usted nos dé su autorización para divulgar su información de salud, no podemos garantizar que el receptor de la información no la divulgará. Usted puede retirar o “revocar” su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si nosotros ya hemos actuado en virtud de su autorización. Para averiguar cómo revocar una autorización, use la información de contacto a continuación, que se encuentra en la sección titulada “Cómo Ejercer Sus Derechos”.

CUÁLES SON SUS DERECHOS

A continuación se enumeran sus derechos con respecto a su información de salud:

- › **Usted tiene derecho a restringir** la forma en que usamos o divulgamos su información de salud para tratamiento, pago o tareas administrativas de atención de la salud. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a los miembros de su familia o a otras personas involucradas en su atención de la salud o en el pago de su atención de la salud. Tenga en cuenta que, aunque trataremos de conceder su solicitud y permitiremos solicitudes que sean coherentes con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción que no se relacione con ciertas divulgaciones a planes de salud según se describe detalladamente en este aviso.

- **Usted tiene derecho a solicitar que no enviemos información de salud** a los planes de salud en ciertas circunstancias, si la información de salud es sobre un artículo o servicio de atención de la salud por el cual usted u otra persona en su nombre nos ha pagado completamente. Aceptaremos todas las solicitudes que cumplan con los criterios anteriores y se presenten de manera oportuna.
- **Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de distinta forma o en un lugar distinto (por ejemplo, que se le envíe la información a una casilla de correo en lugar de hacerlo a su domicilio). Concederemos las solicitudes razonables. En ciertos casos, aceptaremos su solicitud verbal de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos exigirle que confirme su solicitud por escrito. Además, toda solicitud para modificar o cancelar una comunicación confidencial anterior se deberá hacer por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **Usted tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información de salud que mantenemos sobre usted, como registros médicos y registros de facturación. Si mantenemos una copia de su información de salud en medios electrónicos, usted tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud en formato electrónico. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, usted puede recibir un resumen de dicha información de salud. Debe hacer una solicitud por escrito para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud o para que se envíe su información a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. En ciertas circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de revisar y copiar su información de salud. Si denegamos su solicitud, usted puede tener derecho a una revisión de la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias.
- **Usted tiene derecho a pedir que se enmiende** cierta información de salud que mantenemos sobre usted, como registros médicos y registros de facturación, si usted cree que la información es incorrecta o está incompleta. Debe hacer la solicitud por escrito y explicar las razones de la enmienda solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **Usted tiene derecho a recibir una lista** de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años anteriores a su solicitud. Dicha lista no incluirá las divulgaciones de información hechas: (i) con fines de tratamiento, pago y tareas administrativas de atención de la salud; (ii) a usted de conformidad con su autorización; (iii) a instituciones correccionales o a oficiales responsables de hacer cumplir la ley; y (iv) otras divulgaciones que las leyes federales no nos exijan detallar.
- **Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa. Si mantenemos un sitio de Internet, publicaremos una copia del aviso modificado en nuestro sitio de Internet. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio de Internet, nwphysicians.com o por teléfono al **1-303-763-4900, Ext. 61500**.

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

- **Comuníquese con su Proveedor.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información sobre cómo ejercer cualquiera de sus derechos, llame al **1-303-763-4900, Ext. 61500**.
- **Cómo Presentar una Solicitud por Escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, entre ellos, modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:

Privacy Administrator
New West Physicians
1707 Cole Boulevard, Suite 100
Golden, Colorado 80401

- **Cómo Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros a la dirección de arriba.



Part of Optum®

También puede notificar sobre su queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

NOTIFICACIÓN AL PACIENTE DE CORHIO

New West Physicians avala, apoya y participa en el Intercambio de Información Electrónica (Electronic Health Information Exchange, HIE) como medio para mejorar la calidad de su salud y experiencia de atención de la salud. El Intercambio de Información Electrónica nos brinda una manera segura y eficaz de compartir electrónicamente la información clínica de los pacientes con otros médicos y proveedores de atención de la salud que participan en la red de Intercambio de Información Electrónica. El uso de Intercambio de Información Electrónica ayuda a sus proveedores de atención de la salud a compartir información con mayor eficiencia y a brindarle una mejor atención. El Intercambio de Información Electrónica también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que lo tratan tengan acceso inmediato a sus datos médicos que pueden ser cruciales para su atención. Facilitar el acceso a su información de salud a los proveedores de atención de la salud a través del Intercambio de Información Electrónica también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, usted puede decidir no participar en el Intercambio de Información Electrónica de <CORHIO>, o cancelar su participación en cualquier momento.



Part of Optum®

NEW WEST PHYSICIANS, INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA PROVEEDORES ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES

La primera parte de este Aviso, que estipula nuestras prácticas de privacidad para la Información Médica (páginas 1-5), describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud conforme a las reglas federales de privacidad. Existen otras leyes que pueden limitar nuestros derechos a usar y divulgar su información de salud más allá de lo que se nos permita hacer conforme a las reglas federales de privacidad. El fin de las siguientes tablas es:

1. Mostrar las categorías de información de salud que están sujetas a estas leyes más restrictivas; y
2. Brindarle un resumen general de cuándo podemos o no usar y divulgar su información de salud sin su consentimiento.

Si se requiere su consentimiento por escrito conforme a las leyes más restrictivas, el consentimiento debe cumplir las reglas particulares de la ley federal o estatal aplicable.

RESUMEN DE LAS LEYES FEDERALES

Información sobre Abuso de Alcohol y Drogas	
Se nos permite utilizar y divulgar información sobre el abuso de alcohol y drogas que esté protegida por la ley federal solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o divulgarla solo (2) a destinatarios específicos.	
Información de Salud General	
Se nos permite divulgar información de salud general solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AR, CA, DE, FL, IN, MN, MT, NE, NJ, NY, PR, RI, TN, TX, WA
Usted puede restringir ciertas divulgaciones electrónicas de información de salud.	NC, NV
No se nos permite usar ni divulgar información de salud con ciertos fines.	CA, FL, IA, MT, NH, TN
No usaremos ni divulgaremos información sobre ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos fines	AL, CA, MO, MT, NV, NJ, SD, TX
Se nos permite divulgar ciertos registros de vacunación solo (1) en ciertas condiciones limitadas o divulgarlos solo (2) a destinatarios específicos.	FL, IL NE, NV, SC
Debemos restringir el acceso a registros de menores de edad conforme a una orden de amparo judicial.	IL
Debemos cumplir con restricciones adicionales antes de usar o divulgar su información de salud con ciertos fines.	KS, MO, VI
Se nos permite divulgar su información de salud solo con fines de investigación limitados.	WA
Medicamentos de venta con receta	
Se nos permite divulgar cierta información relacionada con recetas solo (1) en ciertas condiciones limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AL, CO, CT, FL, GA, ID, IN, KY, MI, NE, NV, NH, NY, OH, RI, SC, TN, UT, VA, WV, WY
Debemos limitar la cantidad de cierto tipo de información de salud que podemos incluir en una receta o en otro documento de certificación médica	ME

Enfermedades Transmisibles	
Se nos permite divulgar información sobre enfermedades transmisibles solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AZ, IA, IN, KS, MI, MT, NE, NV, NY, OK
Enfermedades de Transmisión Sexual y Salud Reproductiva	
Se nos permite divulgar información sobre enfermedades de transmisión sexual o información sobre salud reproductiva solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AZ, CA, CO, FL, IL, IN, IA, KS, MA, MI, MT, NV, NJ, NM, OK, WA, WV, WY
No se nos permite identificar ciertos pacientes de aborto en procedimientos legales.	OK
Abuso de Alcohol y Drogas	
No se nos permite divulgar información sobre abuso de alcohol y sustancias sin su consentimiento escrito.	WV
Se nos permite utilizar y divulgar información sobre abuso de alcohol y drogas (1) en ciertas circunstancias limitadas o divulgarla solo (2) a destinatarios específicos.	AR, CA, CT, FL, GA, IL, IN, IA, LA, MD, MA, MI, MN, MS, NV, NC, OH, OK, PA, TN, VA, WI
Información Genética	
No se nos permite divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	KS, NH, NY
Se nos permite divulgar información genética solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AK, AZ, FL, IL, LA, MA, ME, MO, NH, NV, NJ, NM, OR, RI, TX, VT, WA, WY
Las restricciones se aplican a: (1) el uso o (2) la retención de información genética.	AK, DE, NM, WY
VIH/SIDA	
Se nos permite divulgar información relacionada con el VIH/SIDA solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AZ, CA, CO, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MD, MA, MI, MO, MT, NE, NV, NH, NM, NY, NC, OH, OK, OR, PA, PR, RI, TX, WA, WV, WI, WY
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Salud Mental	
No se nos permite divulgar información de salud mental sin su consentimiento por escrito.	PR, UT
Se nos permite divulgar información sobre salud mental solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AK, AZ, CA, CT, DC, IA, IL, IN, ME, MD, MI, MS, NV, NH, NJ, NM, NC, OK, PA, SC, SD, TN, TX, UT, WA, WI
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información sobre salud mental.	CT
Maltrato o Abuso de Menores o Adultos	
Se nos permite utilizar y divulgar información sobre abuso de menores o adultos solo (1) en ciertas circunstancias limitadas o divulgarla solo (2) a destinatarios específicos.	AR, IL, MD, WI



Part of Optum®

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

“Acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de New West Physicians”.

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha

DOCUMENTACIÓN DE LOS ESFUERZOS DE BUENA FE

Para obtener el acuse de recibo del paciente del Aviso de Prácticas de Privacidad de parte del proveedor.

(Para usar cuando no se puede obtener el acuse de recibo del paciente).

El paciente estuvo presente en el consultorio/hospital en _____ (fecha) y se le entregó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de New West Physicians. Se hizo un esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo por escrito del Aviso de parte del paciente. Sin embargo, no se pudo obtener dicho acuse de recibo porque:

- El paciente se rehusó a firmar
- El paciente no pudo firmar ni escribir sus iniciales porque:

- El paciente tuvo una emergencia médica, y se intentará obtener el Acuse de Recibo en la próxima oportunidad disponible.
- Otra razón (describa abajo):

Firma del Empleado que Llena el formulario: _____

Fecha de la Firma: _____



Part of Optum®

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE COMUNICACIÓN

New West Physicians no discrimina por motivos de sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad.

Tenemos a su disposición servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en otros formatos, como en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito **303-763-4900, Ext. 61500** TTY 711.

Si piensa que no ha recibido un trato justo por su sexo, edad, raza, color, nacionalidad o discapacidad, puede enviar una queja a:

New West Physicians
Civil Rights Coordinator
1707 Cole Blvd., Suite 100
Golden, CO 80401
Fax: 303-763-5495

Si necesita ayuda con su queja, llame al número gratuito **303-763-4900, Ext. 61500**, TTY 711. Debe enviar la queja **dentro de los 60 días** de la fecha en que descubrió el problema.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por teléfono: Número gratuito: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Por correo: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201



Part of Optum®

LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND ALTERNATE FORMATS

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call 303-763-4900 Ext. 61500. TTY 711.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 303-763-4900 Ext. 61500.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 303-763-4900 Ext. 61500

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：303-763-4900 Ext. 61500.

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt (**Vietnamese**), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi 303-763-4900 Ext. 61500.

알림: 한국어(**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 303-763-4900 Ext. 61500.번으로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mangyaring tumawag sa 303-763-4900 Ext. 61500

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русском (Russian)**. Позвоните по номеру 303-763-4900 Ext. 61500.

. 303-763-4900 Ext. 61500.

هيوبرعلا شذحتت تنك اذا: هيوبن ت (**Arabic**)، ب ل اصتأل اء اجرلا .كل ءحاتم ءى ن اءملا ءى وءلل ا ءءع اسءملا تامءء ن اءف

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nan 303-763-4900 Ext. 61500.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 303-763-4900 Ext. 61500.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod numer 303-763-4900 Ext. 61500.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para 303-763-4900 Ext. 61500.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero 303-763-4900 Ext. 61500.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 303-763-4900 Ext. 61500. an.

LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND ALTERNATE FORMATS (CONT.)

注意事項：日本語 (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。303-763-4900 Ext. 61500. TTY 711 にお電話ください。

سامت 303-763-4900 یسراف امش نابز رگا: هجوت (Farsi). دشاب یم امش رای تخار د ناگیار روط هب ینابز دادما تامدخ، تسا دیری گب. Ext. 61500.

कृपा ध्यान दः: यद आप हदं (Hindi) भाषी ह तो आपकं ए भाषा सहायता सेवाएं :शुनुलक उपल ध ह। कृ प पर काल कर 303-763-4900 Ext. 61500

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau 303-763-4900 Ext. 61500.

ចំណុច រួម ណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមជំនួយភាសា យុត្តិធម៌តៃថ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ លេខ 303-763-4900 Ext. 61500.

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti 303-763-4900 Ext. 61500.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shoodí kohjí' 303-763-4900 Ext. 61500 hodílnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac 303-763-4900 Ext. 61500.



Part of Optum®

TRANSFERENCIA DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- Mudanza: Fuera del Estado Dentro de Colorado Jubilación del Proveedor/El Proveedor ya no Trabaja en New West Insatisfacción con el Consultorio/Proveedor Seguro
- Continuidad de la Atención Otra: _____

DIVULGACIÓN DE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

DIVULGACIÓN A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Solicito y autorizo esta transferencia y divulgación de mi registro médico al y del consultorio médico indicado anteriormente. Entiendo que esta documentación incluye todos los tipos de Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) y que también se aplica a la transferencia electrónica de registros si el receptor solicitante puede aceptar y acceder a información cifrada del Registro Médico Electrónico de New West Physicians. Entiendo que no se me puede denegar tratamiento ni pago de servicios de atención de la salud si no firmo este formulario.

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro Entero - O: | <input type="checkbox"/> Informes Radiológicos | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Notas del Médico | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Estudios de Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Debido a que la siguiente información es un tanto delicada, marque la casilla y escriba sus iniciales si desea que sea divulgada:

- | | | |
|---|-------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Notas e informes relacionados con enfermedades de transmisión sexual, incluso VIH/SIDA | _____ | Escriba sus iniciales |
| <input type="checkbox"/> Notas de Psiquiatría/Salud Mental | _____ | Escriba sus iniciales |
| <input type="checkbox"/> Notas relacionadas con el Abuso de Drogas/Alcohol | _____ | Escriba sus iniciales |

Entiendo que New West Physicians dejará de ser responsable de la protección de la Información de Salud Protegida, excepto en el formato original de sus registros. Entiendo que mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención de la salud, la información ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación por escrito al Encargado del Consultorio. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley concede a mi aseguradora el derecho a cuestionar un reclamo conforme a mi póliza

NOTA: PUEDE HABER UN CARGO POR LA COPIA DE REGISTROS

De acuerdo con las secciones 5.2.3.4 del Capítulo 2, Parte 5 de las Normas de Centros de Salud de Colorado (Colorado Regulations of Health Facilities), el costo de esta información no puede exceder los \$18.53 por las primeras 10 páginas o menos, y \$0.85 por página de las páginas 11 a la 40, \$0.57 por página después de las 40 páginas. Es posible que se cobren los gastos reales de envío o franqueo y el impuesto sobre las ventas correspondiente, si los hubiera. No podemos procesar su solicitud hasta que se reciba el siguiente pago.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante autorizado (si el paciente es menor de edad o no puede firmar)

Adjunte una copia del Poder Duradero si el paciente es adulto



Part of Optum®

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

En ocasiones, es posible que New West Physicians necesite comunicarse con usted. Al llenar los siguientes datos, estaremos en mejores condiciones de prestarle servicios. Si desea permitirnos que le dejemos mensajes o hablemos con una persona de su confianza con respecto a su atención médica, necesitamos su autorización por escrito para poder hacerlo.

Indique si tenemos su autorización o no para dejar mensajes telefónicos con respecto a su atención médica:

- Autorizo a New West Physicians a dejar mensajes telefónicos que incluyan Información de Salud Personal en los siguientes números de teléfono: Número de Teléfono: _____
Número de Teléfono: _____
- No, no autorizo a New West Physicians a dejar mensajes telefónicos que incluyan Información de Salud Personal en ninguno de mis números de teléfono.
- Autorizo la divulgación verbal de mi Información de Salud Protegida a las personas que se indican a continuación si así lo solicito. Estas personas son familiares o amigos de confianza a quienes he autorizado para que New West Physicians les comunique mi información de tratamiento y atención médica, mis resultados de laboratorio y mis asuntos de facturación si **ellos** lo solicitan verbalmente (sin incluir información de salud delicada). New West Physicians también tiene mi autorización para dejar un mensaje telefónico directamente a las personas y los números de teléfono que se indican a continuación. Entiendo que, si dejo esta sección en blanco, significa que no concedo autorización para que New West Physicians hable con un familiar o amigo de confianza.

Nombre: _____	Relación/parentesco: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación/parentesco: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación/parentesco: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación/parentesco: _____	Teléfono: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito Y presentar la revocación escrita al Encargado del Consultorio. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley concede a mi aseguradora el derecho a cuestionar un reclamo conforme a mi póliza Entiendo que no se me puede denegar tratamiento ni pago de servicios de atención de la salud si no firmo este formulario.

Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme. Entiendo que mi información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención de la salud, la información ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. Eximo a New West Physicians de toda responsabilidad y de reclamos de cualquier naturaleza en relación con la divulgación de la información solicitada una vez que haya sido divulgada.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____

Si el paciente no puede firmar, documente la razón:



Part of Optum®

POLÍTICA FINANCIERA DE NEW WEST PHYSICIANS

FECHA DE VIGENCIA: ENERO 1, 2020

Nos dedicamos a prestar servicios excelentes, a todos los pacientes y en todo momento. La siguiente información se brinda para garantizar la claridad y evitar malentendidos con respecto al pago de los servicios profesionales que usted necesite.

Si bien nuestro consultorio participa en la mayoría de los planes de salud, le recordamos lo siguiente:

- › Es su responsabilidad verificar que New West Physicians participe en su plan de salud, antes de programar su visita.
- › Es su responsabilidad verificar que los servicios (de laboratorio, pruebas de diagnóstico y servicios preventivos) estén cubiertos por su plan de salud.
- › Debe llevar su tarjeta de seguro a cada visita y estar preparado para actualizar su información de salud.
- › Debe estar preparado para pagar el copago de su seguro en el momento de la visita, así como cualquier saldo pendiente previo en su cuenta.

Copagos

- › Planes Comerciales con Copagos Establecidos: La cantidad del copago se indica en su tarjeta de seguro y se debe pagar en su totalidad en el momento del servicio. Si un copago no está indicado, comuníquese con su plan de seguro antes de la visita para determinar la cantidad que tendrá que pagar en el momento del servicio.

Pacientes Particulares:

- › Pacientes Sin Seguro: Los cargos aproximados de la visita se deben pagar en el momento del servicio. En ese momento, se aplicará un descuento del 20%.

Inasistencias y Cancelaciones

Cuando usted programa una cita, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la mejor calidad. En caso de que necesite cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestro consultorio lo antes posible, a más tardar 24 horas antes de su cita programada.

- › Por la primera y la segunda inasistencia o cancelación/reprogramación sin 24 horas de aviso se cobrará una tarifa de \$75
- › Por la tercera inasistencia o cancelación/reprogramación sin 24 horas de aviso se cobrará una tarifa de \$75 y usted no podrá seguir atendándose en New West Physicians.

He leído y entiendo la Política Financiera de New West Physicians, y acepto las condiciones.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha de Hoy: _____

New West Physicians no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en programas y actividades de salud. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 303-763-4900 Ext. 61500. ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 303-763-4900, Ext. 61500.

請注意: 如果您說中文(Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請致電: 303-763-4900 Ext. 61500.



Part of Optum®

¡ESTAMOS CAMBIANDO LA FORMA EN QUE NOS COMUNICAMOS CON USTED!

Como paciente de New West Physicians, lo invitamos a trabajar con nosotros para tomar el control de su salud. Para ello, regístrese en nuestro moderno portal del paciente en línea, "MyHealth Connection".

Una vez que se haya registrado en MyHealthConnection, usted podrá:

- › Realizar videoconsultas desde la comodidad de su hogar
- › Enviar mensajes a su proveedor sobre asuntos no urgentes
- › Solicitar citas electrónicamente
- › Solicitar renovaciones de recetas
- › Ver datos de laboratorio, signos vitales y otros aspectos importantes de su registro médico
- › Actualizar su información demográfica antes de ir al consultorio

¡Sin largas esperas en el teléfono!

Usaremos MyHealth Connection para comunicarnos con usted con respecto a lo siguiente:

- › Resultados normales de laboratorio y de exámenes
- › Recordatorios de citas
- › Asuntos de salud que no sean urgentes y comunicación general

Seguiremos en contacto telefónico con usted para comunicarle asuntos de salud urgentes o resultados anormales.

Avísenos si no tiene acceso a una computadora o si no se siente cómodo con el correo electrónico y con gusto seguiremos brindándole atención por teléfono.

¡LLENE ESTE FORMULARIO PARA RECIBIR UNA INVITACIÓN PARA REGISTRARSE!

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

* También recibirá un Boletín Trimestral de New West Physicians, y puede cancelar su suscripción en cualquier momento.

Firma: _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____

* Recibirá una invitación para registrarse dentro de las 24 a 48 horas; ¡búsquela en su correo electrónico!

* Si no recibe su invitación según lo previsto, revise su carpeta de Correo No Deseado.

* Si aún no lo ha recibido, llame su clínica.



Part of Optum®

¿CÓMO SE ENTERÓ SOBRE NOSOTROS?

¡Bienvenido! Dedique un momento a decirnos cómo se enteró de New West Physicians.

Seleccione las categorías que correspondan:

1. Me refirió un:

- Amigo/Familiar
- Empleado de New West

Indique el nombre de su fuente de referencia para que podamos agradecerle:

Nombre: _____

Dirección: _____

2. Ya era paciente y volví.

3. Me transfirieron de otro consultorio de New West Physicians.

4. Me refirió el siguiente Consultorio Médico o Especialista:

Nombre _____

5. Los encontré en el siguiente sitio de Internet:

- New West Physicians
- Compañía de Seguros
- Health Grades
- Otro (especifique): _____

6. Me enteré por un anuncio publicitario:

- Publicación: Versiones Impresas o en Línea (periódico, boletín, volante, postal o similar)
- Radio
- Cartel de New West Physicians en la vía pública
- Páginas Amarillas: Directorio Impreso o en Línea

7. Ninguna de las opciones anteriores. Especifique su fuente de referencia: _____

New West Physicians

Oficina de Servicios Administrativos | 1707 Cole Blvd, Suite 100 | Golden, CO 80401

Teléfono: (303) 763-4900 | Fax: (303) 763-5495

www.nwphysicians.com

Modificado 9/2021