

Memorial Cancer Center

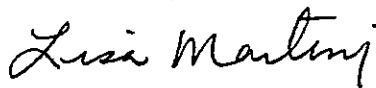
Bienvenido al Departamento de Radiología Oncológica del Centro Oncológico:

Como es paciente nuevo queremos asegurarnos de que está familiarizado con las normas de la clínica. Estas normas nos ayudan a cuidar de usted y de los otros pacientes que atendemos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en realizarla. Con gusto se la responderemos.

- En la consulta de Radiología Oncológica está PROHIBIDO EL USO DE PERFUME O DE OLORES de cualquier tipo. No use nada que tenga fragancia porque los olores pueden causar que algunos pacientes sientan náuseas.
- Todas las recetas son surtidas en 72 horas. No habrá excepciones, así que planifique con anticipación.
- La atención en la clínica es con cita previa. No se le atenderá sin cita.
- Los médicos en esta clínica no llenan solicitudes para cannabis de uso médico.
- Está terminantemente prohibido fumar en esta clínica y en el hospital, así como en toda el área del hospital. Si usted tiene un olor intenso de tabaco o marihuana es posible que no se le atienda.
- No se permiten las armas.
- El llenado o procesamiento de los documentos toma CINCO (5) días hábiles antes de poder ser recogidos.
- No puede faltar a sus citas y debe notificarle a la consulta si tiene que cambiar la fecha de la cita. Si pierde más de dos (2) citas sin previo aviso, puede causar que ya no se le acepte como paciente de esta clínica.
- Las enfermeras están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5.00 p.m. Se le devolverá la llamada, casi siempre, el mismo día. Llame solo una vez. Si cree que está teniendo una emergencia, infórmenos que está yendo a la Sala de Emergencias (*Emergency Room*).
- Si se le hospitaliza, pídale al médico del hospital que nos contacte.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, esta podrá ser reprogramada.
- El llegar más temprano a su cita esto no significa que se le atenderá más temprano que la hora en que su cita está programada
- Los pacientes que estén usando oxígeno deben traer su propio tanque con suficiente oxígeno para aproximadamente 2 horas. La compañía que le surte el oxígeno puede entregarlo en nuestra consulta.
- Notifique al personal de la recepción si ha tenido algún cambio en su seguro médico, dirección o número de teléfono.
- A todos los pacientes del VA o Triwest: Verifiquen que su autorización está al día.
- Trate de usar lo menos posible su teléfono celular cuando esté viendo al médico.

Atentamente,



Elizabeth (Lisa) Martinez
Administradora de la Consulta de Oncología
Tel. de la clínica: 575-556-5800



Lynn Fletcher, RN, BSN, MBA, CPPS
Directora del Programa Oncológico
Tel. de la clínica: 575-521-1554



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
Inspiring Quality. Highest Standards. Better Outcomes



Aviso Sobre Prácticas De Privacidad

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA – June 1, 2019

Este aviso describe cómo será usada y divulgada (compartida con otros) su información de salud y como puede Ud. acceder a esta información. POR FAVOR, (aplicable) Memorial Medical Center y a los doctores y demás proveedores de salud que ejercen en dicha instalación.

Es nuestra responsabilidad legal el proteger la privacidad y la seguridad de su información. Le avisaremos de inmediato si ha ocurrido una infidencia (violación de la confidencialidad) que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Le estamos brindando esta información para poder explicarle nuestras prácticas de privacidad. Es nuestro deber acatar a las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso o en el aviso actual que esté vigente. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, para presentar una queja o para informar acerca de una preocupación o conflicto, llame al número que se detalla a continuación:

Memorial Medical Center Privacy Officer: Sheena Albright

Teléfono: 575-532-7435 Email: Sheena.Albright@LPNT.net

O bien, si prefiere permanecer en condición de anonimidad, puede llamar al número de llamada gratuita que se detalla a continuación y un representante lo asistirá con su preocupación de forma anónima 1-877-508-LIFE (5433)

Ud. también puede enviar su queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) si Ud. siente que no hemos lidiado con su queja de forma apropiada. Puede utilizar la información de contacto que se detalla más arriba para que le proporcionen la dirección correcta, o puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html>. Bajo ninguna circunstancia se tomarán represalias contra Ud. por presentar una queja. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. De hacer algún cambio significativo en nuestras políticas, actualizaremos este aviso y publicaremos el aviso nuevo. Ud. también puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento.

Es posible que usemos su información de salud con fines de brindarle tratamiento, de obtener pagos, o para operaciones de atención de salud y con otros fines administrativos. Es posible que usemos su información en situaciones de tratamiento si tenemos que enviar o compartir la información de su expediente médico con profesionales que le están brindando tratamiento. Por ejemplo, un médico que le da tratamiento por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su estado general de salud. Podemos usar y compartir su información de salud para facturarle y para recibir pago(s) de planes de salud o de otras entidades. Le daremos su información a su plan de seguro de salud, tal como Medicare, Medicaid u otros planes de seguro de salud para que entonces paguen por los servicios que se le brindaron a Ud. Su información se usará cuando se procesen sus expedientes médicos para asegurar su completitud y para comparar datos de pacientes como parte de nuestros esfuerzos continuos de mejorar nuestros métodos de tratamiento.

Es posible que divulguemos su información a asociados de negocios a quienes contratamos para que le brinden servicios, y para lo cual requieren el uso de su información de salud. Podemos usar y compartir su información de salud para hacer nuestro trabajo, para mejorar su atención de salud y para contactarlo cuando sea necesario. Es posible que lo contactemos o que divulguemos ciertas partes de su información de salud a nuestros asociados o fundaciones vinculadas, con fines de recaudación de fondos. Ud. tiene el derecho a optar por ser excluido de recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos. Es posible que compartamos cierta información con una(s) persona(s) que Ud. identifique como miembros de su familia, familiares, amigos, u otra persona que esté directamente involucrada en la atención de su salud o pago por servicios de atención de su salud, o a su "Cuidador novato/No profesional" ("Lay Caregiver") o a un Representante personal asignado, si nos dice quienes son estos individuos. De ser necesario, les notificaremos a estos individuos acerca de donde está Ud., de su condición general o de su muerte. Nosotros mantenemos un listado en el directorio del hospital detallando los pacientes que actualmente están recibiendo atención de salud en nuestra instalación. Además, es posible que necesitemos divulgar su información de salud a una entidad que brinde asistencia a esfuerzos de socorro en caso de desastres, para que se le pueda notificar a su familia acerca de su condición, estado y ubicación. Si Ud. tiene una preferencia clara acerca de cómo quiere que compartamos su información, hable con nosotros. Díganos que es lo que Ud. quiere que nosotros hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones. Si Ud. no puede decirnos cuál es su preferencia, por ejemplo, si Ud. está inconsciente, es posible que nosotros también compartamos su información si es que creemos que es lo mejor para Ud.- También es posible que compartamos su

información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o a su seguridad.

En las siguientes situaciones nunca compartiremos su información, a menos que nos de permiso por escrito para hacerlo: para fines de mercadeo o de la venta de su información.

Bajo ciertas circunstancias, es posible que se requiera que divulguemos su información sin su autorización específica. Los siguientes son ejemplos de estas divulgaciones: por requerimientos de las leyes estatales y federales de reportar casos de abuso, negligencia, u otras razones que requieren la atención del orden público; para actividades de salud pública; a agencias de supervisión/fiscalización de salud; para procedimientos judiciales y administrativos; por muerte o arreglos funerarios; para donación de órganos; para funciones/casos gubernamentales especiales incluyendo pedidos de militares y veteranos, y para prevenir amenazas graves a la salud o a la seguridad pública, tales como, prevenir una enfermedad, ayudar con retiros de productos del mercado (recall), e informar acerca de reacciones adversas a medicamentos. También es posible que lo contactemos después de su visita actual para recordarle acerca de citas futuras o para brindarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que pueden ser beneficiosos para Ud. Para cualquier otro tipo de divulgaciones más allá de las que se describen arriba, obtendremos su autorización por escrito. Recuerde, si Ud. nos autoriza a divulgar su información, siempre tiene el derecho a revocar dicha autorización más adelante. Con gusto honraremos dicho requerimiento a menos que ya hubiéramos tomado acción.

Como paciente, Ud. tiene derechos con relación a cómo se puede usar y divulgar su información. Estos derechos incluyen acceso a su información de salud. En la mayoría de los casos, Ud. tiene derecho a ver o a recibir una copia de su información de salud. Esto puede demorar hasta 30 días para preparar y es posible que se cobre una tarifa de preparación asociada con hacer cualquier copia. Ud. puede pedir una contabilización de las divulgaciones. Esta es una lista de las instancias en las que hemos divulgado su información por razones que no sean por tratamiento, pago u operaciones, y que Ud. no ha autorizado específicamente, pero en las que por ley nos vemos forzados a hacerlo (ver la sección relacionada con cómo se puede usar y divulgar su información). Le podemos proveer sin cargo una lista por año; todo pedido adicional en el mismo año estará sujeto a un cargo nominal. Si Ud. cree que la información que tenemos acerca de Ud. es incorrecta o si falta información importante, tiene el derecho a solicitar que emendemos o corrijamos sus expedientes de salud electrónicos o en papel. Es posible que haya algunas razones por las cuales no podamos honrar su solicitud, en cuyo caso Ud. puede remitir una declaración de desacuerdo. Ud. también puede solicitar que su información de salud le sea comunicada/enviada a un lugar alternativo o a una dirección que es diferente de la que recibimos cuando Ud. se registró. Si Ud. paga por adelantado y en su totalidad por los servicios que se le brindaron, Ud. puede pedir que no divulguemos la información acerca de su tratamiento a su plan de salud. Finalmente, Ud. puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información por cualquiera de las razones descritas en este aviso excepto a las personas involucradas en su atención de salud, o cuando lo sea requerido por ley o en situaciones de emergencia. Nosotros no estamos legalmente obligados a aceptar dicha solicitud, pero trataremos de honrar cualquier solicitud que sea razonable.

Finalmente, una nota acerca de intercambios de información de salud: es posible que le proveamos su información de salud a un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) y a un portal para pacientes llamado My HealthPoint en los cuales participamos. Un HIE es una base de datos de información de salud a través de la cual otros proveedores de salud que le brindan atención de salud pueden acceder a su información médica desde donde sea que estén siempre que sean miembros del HIE. Estos proveedores de salud pueden incluir a sus médicos, hogares de ancianos/establecimientos de enfermería, agencias de atención de salud en el hogar, u otros proveedores que le brindan atención de salud fuera de nuestros hospitales o consultorios. Por ejemplo, es posible que Ud. esté viajando y tenga un accidente en otra área del estado. Si el médico que le brinda tratamiento es miembro del HIE en el que nosotros participamos, él o ella puede acceder a información acerca de Ud. que ha sido contribuida por otros proveedores de salud. El acceder a esta información adicional puede ayudarle a sus médicos a brindarle atención de salud de manera más rápida y con mayor información, porque él o ella se habrá informado acerca de su historia clínica, alergias o medicamentos con receta a través del HIE. El portal para pacientes "My HealthPoint" es un mecanismo a través del cual Ud. puede acceder a su información de salud en línea luego de su atención de salud y de su tratamiento. Si Ud. no quiere que su información de salud se coloque en el portal del paciente y que sea compartida con los profesionales de atención de salud miembros del HIE, Ud. puede optar por no participar, para lo cual debe remitir una forma completa de opción de exclusión. Demorará cinco días hábiles para que la opción de exclusión entre en vigencia. Tenga en cuenta que si opta por ser excluido, es posible que los proveedores de salud no tengan la información más reciente acerca de Ud., lo cual puede afectar su atención de salud. Más adelante, siempre puede optar por ser incluido revocando por escrito la forma de opción de exclusión.

Derechos y responsabilidades de los pacientes

Mientras sea paciente de Memorial Medical Center, usted es nuestro socio en sus cuidados médicos. Queremos que tenga la información que necesita para ayudarnos a proporcionarle los mejores cuidados. MMC respeta sus decisiones y elecciones personales, y lo valora como persona.

Sus derechos como paciente:

Acceso

Tiene derecho a recibir los mejores cuidados disponibles que se consideren médicamente necesarios, independientemente de la edad, la raza, las creencias, el sexo, la orientación sexual, la nacionalidad, la incapacidad o las fuentes de pago para obtener los cuidados.

Respeto y dignidad

Tiene derecho a recibir cuidados considerados y respetuosos de sus valores y creencias personales, y a tener acceso a cuidados pastorales/espirituales. Se respeta el derecho a su dignidad personal.

Informe a sus familiares/médicos

Tiene derecho a que el hospital notifique a sus familiares y a su propio médico, si usted lo autoriza.

Información

Tiene derecho a obtener información completa sobre su condición, tratamiento, probables resultados y resultados no esperados, en términos que pueda comprender, y a hablar con su médico sobre dicha información. De ser necesario, se pueden brindar los servicios de un intérprete y dispositivos de ayuda para la comunicación.

Plan de cuidados

Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre los tratamientos durante su estadía en el hospital y a participar en su plan de cuidados. Tiene derecho a que le realicen una evaluación y un control apropiados de su dolor. Tiene derecho a solicitar una segunda opinión o a consultar a un especialista médico, y los cargos correrán por su propia cuenta.

Registros médicos

Tiene derecho a revisar, enmendar u obtener copias de sus registros médicos, y a que le expliquen la información, excepto cuando la ley limite este derecho, en un plazo razonable.

Identidad

Tiene derecho a saber los nombres y las funciones de las personas que le brindan tratamiento.

Consentimiento

Usted, o la persona que elija, tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, de acuerdo con lo permitido por la ley, durante su estadía en MMC. También tiene derecho a recibir la información que sea necesaria para prestar su consentimiento o negarse a prestarlo, en términos que pueda comprender.

Instrucciones anticipadas

Tiene derecho a impartir instrucciones anticipadas, a elegir a alguien que tome decisiones con respecto a sus cuidados de la salud por usted o a escribir sus Decisiones para el Fin de la Vida, y a saber que los proveedores de cuidados de la salud respetarán estas instrucciones, en la medida permitida por la ley y por la política del hospital.

Confidencialidad

Tiene derecho a contar con que la información sobre su estadía en MMC se mantenga en privado, a menos que usted autorice la divulgación de información o que la ley requiera o permita que se revele la información.

Continuidad de los cuidados

Tiene derecho a contar con que MMC le proporcione los mejores servicios de salud que le sea posible. Tiene derecho a ser informado sobre las alternativas de cuidados, cuando MMC ya no sea el nivel de cuidados apropiado. Puede recomendarse una remisión o el traslado. Tiene derecho a ser informado sobre cualquier requisito de continuidad de los cuidados de la salud, una vez que se le haya dado el alta del hospital.

Facturas de cuidados de la salud

Tiene derecho a recibir una explicación sobre sus facturas y a obtener ayuda para solicitar asistencia de programas financieros cuando sea necesario.

Inquietudes éticas

Tiene derecho a participar en cuestiones éticas que puedan surgir durante sus cuidados, incluido cualquier asunto conflictivo sobre las Decisiones para el Fin de la Vida. Existe un Comité de Ética al que usted puede acceder para analizar cualquier inquietud.

Privacidad

Tiene derecho a la privacidad, seguridad y confidencialidad personal.

Investigación

Tiene derecho a negarse a participar en cualquier experimento, estudio de investigación o ensayo clínico que pueda afectar sus cuidados o su tratamiento.

Inquietudes acerca de sus cuidados

Tiene derecho a presentar una queja ante cualquier integrante del personal, Director de Unidad o Defensor de Pacientes. Puede comunicarse con el Defensor de Pacientes al 521-2220. Las quejas pueden presentarse después del horario de atención o los fines de semana. Para ello, debe llamar a la operadora y solicitar hablar con el Administrador de Guardia. Tiene derecho a llamar a las agencias reguladoras que se mencionan más abajo.

Seguridad

Tiene derecho a permanecer en el hospital sin que le impongan limitaciones ni lo asilen, a menos que sea médicamente necesario o que los métodos que impongan menos limitaciones no le hayan brindado la seguridad necesaria. Tiene derecho a recibir cuidados en un entorno seguro. Tiene derecho a no sufrir ningún tipo de abuso ni acoso, descuido ni explotación.

Servicios de protección

Tiene derecho a acceder a servicios de protección, que pueden incluir custodia y la necesidad de intervenciones por protección.

Relaciones con Memorial Medical Center

Tiene derecho a saber si MMC es propietario de agencias externas que pueden proporcionarle servicios, o si opera este tipo de agencias. También tiene derecho a saber sobre cualquier relación profesional que pueda existir entre las personas que le brindan tratamiento.

Sus responsabilidades como paciente:

Proporcionar Información

Es responsable de proporcionar información precisa acerca de su salud, incluidas enfermedades, estadías en MMC y uso de medicamentos anteriores.

Seguir las Instrucciones

Es responsable de seguir las instrucciones que le den. Es responsable de informarnos si no comprende las instrucciones o si no puede seguirlas.

Consideración

Es responsable de ser considerado con los otros pacientes, con los visitantes y con los integrantes del personal de MMC, y de seguir las pautas de MMC.

Facturas de cuidados de la salud

Es responsable de proporcionar información para el seguro y de colaborar con MMC, a fin de coordinar los pagos cuando sea necesario.

Aceptar las consecuencias

Es responsable de lo que le pueda suceder si no cumple con los cuidados, el tratamiento y el plan de servicios.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos, consulte a algún integrante del equipo del hospital. También puede expresar sus inquietudes o quejas ante las siguientes agencias reguladoras:

New Mexico Medical Review Association (Asociación de Revisión Médica de New Mexico)	1-505-998-9898
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones de Cuidados de la Salud)	1-630-792-5800
Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)	1-877-267-2323
Protection and Advocacy (Protección y Defensa)	1-800-432-4682
Adult and Child Protective Services Central Intake (Ingreso Central a los Servicios de Protección para Adultos y Niños)	1-800-797-3260
New Mexico Board of Medical Examiners (Junta de Examinadores Médicos de New Mexico)	1-800-945-5845

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas Memorial Cancer Center

¿Necesitó intérprete? No Sí De ser sí, ¿para qué idioma?: _____
¿Barreras de aprendizaje? No Sí Describa: _____

Escriba el nombre de su médico de cabecera, enfermero(a) facultativo(a) (NP), asociado(a) médico (PA), cirujano, subespecialistas (por ejemplo, del corazón, riñón, gastrointestinal, cáncer, sangre, pulmones y tiroides):

¿Quiere información sobre el documento de voluntad anticipada (advanced directives), cuidados paliativos (end of life care) o soporte vital (life support) si usted deja de respirar o si su corazón se detiene? No Sí De ser sí, notifique a la trabajadora social

¿Está interesado(a) en recibir información sobre estudios de investigación que le podrían ofrecer un nuevo tratamiento para su enfermedad? Sí No

¿Radioterapia previa (incluyendo yodo radioactivo)? _____

¿Tiene algún dispositivo implantado que no sea marcapasos? _____

¿Ha tenido alguna cirugía? De ser sí, ¿cuál cirugía? ¿Cuándo se realizó? ¿Dónde se realizó? Escriba todas: _____

Antecedentes médicos: (por ejemplo, diabetes, presión alta, enfermedad del corazón, hígado, riñones o tiroides, derrame cerebral, artritis, dolor crónico, EPOC, asma, etc.)

<p>Estilo de vida:</p> <p>¿Alguna vez ha fumado tabaco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas cajetillas al día? ____ ¿por cuántos años? ____ Si dejó de fumar, ¿cuándo fue su último cigarrillo? _____</p> <p>¿Alguna vez ha masticado tabaco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Aún lo hace? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ha fumado cigarrillos electrónicos o vapeado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Aún lo hace? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Toma alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas cervezas, tragos o vino toma en un día? ____ una semana? ____ un mes? ____ Si toma alcohol, ¿alguna vez: ha sentido la necesidad de tomar menos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> se ha enojado cuando lo critican por tomar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> se ha sentido culpable por tomar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ha tenido una bebida temprano en la mañana "para abrir los ojos"? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si dejó de tomar alcohol ¿cuándo fue su última bebida? _____</p> <p>¿A qué sustancias ambientales dañinas ha estado expuesto(a)? (por ejemplo, asbesto, agente naranja, insecticidas) _____</p>	<p>Ejercicio o actividad física:</p> <p>¿Qué actividades realiza? _____ ¿Cuántas veces a la semana y cuántos minutos al día? _____</p> <p>Salud preventiva:</p> <p>Última colonoscopia: _____ Resultados: _____ Próxima: _____ ¿Alguna vez ha tenido una endoscopia? _____ Resultados: _____ Próxima: _____ Última revisión de piel con su médico de cabecera o dermatólogo _____</p> <p>¿Alguna vez ha tenido una biopsia de seno? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultados: _____</p> <p>¿Alguna vez ha tenido un examen de próstata? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultados: _____ Fecha del último PSA _____</p> <p>¿Usted y su pareja usan métodos anticonceptivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos? _____</p>
---	--

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas Memorial Cancer Center

¿Qué drogas consume o ha consumido? (por ejemplo, cocaína, heroína, metanfetamina, marihuana) _____
 ¿Cuándo fue la última vez? _____

Sistema de apoyo:

Estado civil: (haga un círculo alrededor de la respuesta)
 Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) En pareja
 ¿Vive solo(a)? Sí No
 Si no, ¿quiénes viven con usted? _____
 ¿En quién confía para recibir apoyo o ayuda? _____
 ¿Tiene transporte? Sí No
 ¿Tiene un lugar donde quedarse en Las Cruces? Sí No
 ¿Está trabajando actualmente? Sí No
 ¿Qué tipo de trabajo hace o hacía?
 ¿Tiene hijos(as) vivos(as)? Sí No
 ¿Cuántos? _____
 ¿Quién puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda? _____

Para MUJERES:

Último Papanicolaou o examen ginecológico: _____
 Resultados: _____ Próximo: _____
 Última mamografía: _____ Resultados: _____ Próxima: _____
 ¿Está o puede estar embarazada? Sí No
 Fecha de su último periodo menstrual _____ Duración del periodo menstrual _____
 Edad de la primera menstruación: _____
 Número de embarazos: _____
 Número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as): _____
 Edad durante el primer parto: _____
 Número de niños(as) vivos(as): _____
 ¿Toma o alguna vez ha tomado
 Hormonas en pastillas? Sí No
 Pastillas anticonceptivas? Sí No
 ¿Planea tener hijos? Sí No

General:

Ninguno

Fiebre Sí
 ¿Ha bajado recientemente de peso? Sí
 De ser sí, ¿cuánto? _____
 ¿Durante cuánto tiempo? _____
 Sudoración excesiva durante la noche Sí
 Fatiga o disminución del nivel de energía Sí
 De ser sí, describa: _____

Neurológico:

Ninguno

Sensación de piquetes Sí
 Convulsiones Sí
 Debilidad muscular Sí
 Dolor de cabeza Sí
 Mareos Sí
 Sensación de desmayo Sí
 Caídas Sí

Cardiovascular:

Ninguno

Marcapasos Sí
 Tensión en el pecho Sí
 Presión en el pecho Sí
 Latidos cardiacos adicionales o palpitaciones Sí
 Presión arterial Sí
 Dolor de pecho Sí
 Hinchazón en las piernas Sí

Dolor:

Ninguno

¿Está sintiendo dolor ahora?
 De ser sí, en una escala del 1 al 10, donde 10 es el peor dolor imaginable, ¿qué número le daría? ___/10
 ¿Dónde está ubicado el dolor? _____
 ¿Cómo describiría el dolor: agudo, sordo, constante?
 ¿El dolor se mueve o se queda en un solo lugar?
 Si el dolor se mueve, ¿a qué parte del cuerpo se mueve?
 ¿Qué aumenta el dolor? _____
 ¿Qué disminuye el dolor? _____
 Cambio de posición Comida
 Medicamento para el dolor
 Otro _____

Hematológico/Endocrino

Ninguno

Sangra o le salen moretones con facilidad Sí
 Control de la diabetes Sí
 Sensación de calor o frío Sí

Ojos, boca, oídos:

Ninguno

Visión doble o pérdida de la visión Sí
 Llagas en la boca Sí
 Dolor de muela Sí
 Pérdida de la audición Sí
 Zumbido en los oídos Sí
 Congestión de los senos paranasales Sí

Respiratorio:

Ninguno

Falta de aire Sí
 Cuando se mueve Sí
 En reposo Sí
 Dolor de pecho Sí
 Tos Sí
 Seca Sí
 Productiva Sí
 Color de la flema _____
 Problemas para respirar Sí

Genitourinario:

Ninguno

Problemas para orinar Sí
 Sangrado Sí
 Ardor Sí
 Cambio en el color Sí
 Urgencia para orinar Sí
 Dificultad para empezar a orinar Sí
 Chorro débil Sí
 Incontinencia Sí
 Frecuencia urinaria Sí

Piel:

Ninguno

Caída del cabello Sí
 Cambio en el color de la piel o salpido Sí
 Bulto, tumor, engrosamiento de la piel Sí

Antecedentes familiares: (indique si está vivo o ha fallecido; edad actual; edad en el momento del diagnóstico del cáncer y tipo de cáncer para cada uno, si corresponde)

Padre _____ Madre _____ Total
 Hermanos/Sisters ___/___
 Hermano(s) _____ Sister(s) _____

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas Memorial Cancer Center

<p>Gastrointestinal: Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>Dentadura postiza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas/Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Acidez o agruras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas para pasar saliva o alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Diarrea (¿cuántas deposiciones al día?) _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Hinchazón abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Musculoesquelético: Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Hinchazón o rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor en los huesos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>De ser sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Sexualidad:</p> <p>Preferencia de género _____</p> <p>Cambios en la función sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Sexualmente activo(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de método anticonceptivo _____</p> <p>Problemas en los senos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Para mujeres:</p> <p>¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha de su último periodo menstrual _____</p> <p>Duración del periodo menstrual _____</p> <p>¿Algún sangrado no menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>
<p>Psicológico: Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>Claustrofobia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ha pensado o tenido ganas de hacerse daño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>		

Firma del paciente o cuidador _____ Fecha _____ Hora _____

Firma del profesional médico _____ Fecha _____ Hora _____

Lista de Medicinas que Paciente Consume en Casa

TRAIGA A SU CITA EN MMC ESTE FORMULARIO COMPLETADO
SI NO PUEDE LLENAR ESTE FORMULARIO,
lleve TODAS las medicinas que consume en casa a su cita en MMC Care

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Es alérgico/a a alguna medicina? Sí No

Si respondió "sí", ponga en la lista la medicina y el síntoma o reacción (por ejemplo, mucho salpullido, malestar estomacal, vómitos, dificultad para respirar)

Medicina	Describa el síntoma o la reacción

Marque aquí con una palomita si no consume ninguna medicina, medicina herbaria, suplementos, vitaminas, infusiones u otros remedios en casa.

Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____ Fecha de la última vacuna contra la neumonía: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

INSTRUCCIONES PARA HACER SU LISTA DE MEDICINAS

- Ponga en la lista **TODAS** las medicinas que consume en casa
 - Ponga en la lista las medicinas que le receta su médico, las medicinas que compra sin receta, las medicinas herbarias, las vitaminas, los suplementos, las infusiones o demás remedios.
 - Incluya las medicinas que toma a diario, y las medicinas que toma solamente cuando es necesario, como las medicinas para alergias, los laxantes, los antiácidos.
- Si necesita más espacio, continúe la lista de medicinas en la parte de atrás.

Nombre de la medicina. (Incluya las recetadas, las que se venden sin receta, las herbarias, los suplementos, las vitaminas, las infusiones o los demás remedios.)	Dosis (En miligramos, inhalaciones, gotas, unidades)	Vía (Oral, parche, inyección)	Cuándo la(s) consume (¿Cuántas veces al día?)	Motivo (¿Por qué la consume? Diabetes, hipertensión, tiroides, etc.)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

INFORMACIÓN SOBRE SUS MÉDICOS

(FAVOR DE SEÑALAR QUIÉN ES SU MÉDICO DE CABECERA
Y LOS DEMÁS MÉDICOS QUE HAN PARTICIPADO EN SUS TRATAMIENTOS)

MÉDICO DE CABECERA: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

OTROS MÉDICOS

MÉDICO: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MÉDICO: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MÉDICO: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MÉDICO: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Memorial Cancer Center

Radiation Oncology

**Farmacia de Elección
Por Favor Seleccione Uno**

- FAMILY PHARMACY 1205 S. SOLANO
- CVS PHARMACY 940 N Main St
- CVS PHARMACY 3011 N. MAIN ST.
- SAM'S CLUB 2711 N. TELSHOR
- SAV-ON PHARMACY 1285 EL PASEO
- SAV-ON PHARMACY 2551 E. LOHMAN AVE.
- SAV-ON PHARMACY 2501 N. MAIN
- WALMART 3331 RINCONADA BLVD
- WALMART 1550 S. VALLEY
- WALMART 571 S. WALTON BLVD.
- WALGREENS 3990 E. LOHMAN (NEAR ROADRUNNER)
- WALGREENS 3100 N. MAIN
- WALGREENS 2300 E. LOHMAN (NEAR WALMART)
- WALGREENS 1250 EL PASEO
- WALGREENS 3490 NORTHRISE (NEAR WALMART)
- Otro: _____

Memorial Cancer Center Radiation Oncology

Guía para Pacientes Nuevos de la Clínica de Oncología Radioterápica

Bienvenidos a nuestra clínica,

Consulta: Usted está aquí para una consulta de radiación con uno de nuestros oncólogos de radioterapia, el Dr. Gregory Willis o el Dr. Jason Call. Primero se reunirá con una de nuestras enfermeras para repasar parte de la información que usted completó en su paquete para pacientes nuevos y también se obtendrá información clínica que su médico necesite. La enfermera repasará esta información con el médico antes de verlo. Durante la consulta se le proporcionará una gran cantidad de información, razón por la cual le sugerimos que anote cualquier pregunta o preocupación que tenga en ese momento. Queremos asegurarnos que todas sus preguntas sean contestadas y que usted se sienta conforme con la información proporcionada al final de su consulta.

Simulación TAC: Si usted decide proceder con el tratamiento de radiación, se le dará una cita para una Simulación TAC (Tomografía Axial Computarizada o CT), a petición de los doctores, ese procedimiento podría ser realizado el mismo día de la consulta. Una simulación TAC es un escaneo del área del cuerpo que será tratada con radiación. Las imágenes adquiridas durante el escaneo serán reconstruidas y usadas para diseñar el mejor y más preciso plan de tratamiento para usted. **NO INICIARÁ** tratamiento el día de su simulación al menos que el doctor le informe lo contrario. Después de que la simulación haya sido realizada, uno de nuestros radioterapeutas le proporcionará el día y la hora en que iniciará su tratamiento. La simulación TAC será tratada con usted en más detalle antes de ser realizada en caso de que tenga preguntas adicionales.

Planificación del Tratamiento: El proceso final para la preparación del tratamiento es realizado por el Dosimetrista y el Doctor para calcular un plan especializado de tratamiento de radiación únicamente para usted. Durante la planificación del tratamiento usted no estará presente en la clínica, ya que la información obtenida de la Simulación TAC les proporcionará la información que ellos necesitan. También, durante este proceso estaremos obteniendo autorización para el tratamiento de radiación (si es requerido) por su aseguradora para confirmar que el servicio sea cubierto durante todo el curso del tratamiento. Le agradecemos por elegir al Centro de Cáncer MMC para sus servicios de Oncología Radioterápica.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha: _____

Memorial Cancer Center Radiation Oncology

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ONCOLOGÍA RADIOLÓGICA (Escriba en letra imprenta)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido del paciente:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Otro	Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento: / /	Nro. de seguro social:	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Mejor hora para llamada de recordatorio. AM / PM
Calle:			Tel. de casa: ()	Tél. celular: ()	
Casilla postal (P.O. Box):	Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Ocupación:	Empleador:			Tel. del empleador: ()	
Si está jubilado(a): Fecha			Si está discapacitado(a): Fecha:		
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO					
Persona responsable por el pago:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (de ser distinta):			Tel. de casa: ()
¿Esta persona es paciente aquí?					
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:			Tel. del empleador: ()
¿El paciente tiene cobertura de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Seguro principal					
Nombre del suscriptor:	Núm. de seguro social del suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Póliza núm.:	Grupo núm.:	Copago: \$
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Seguro secundario (de ser aplicable):	Nombre del suscriptor:		Póliza núm.:	Grupo núm.:	
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro					

¿Su visita está relacionada a un accidente? Sí No

Tipo de accidente: Auto En el trabajo (Workers Comp) Otro Explique _____

PROGRAMA FEDERAL DE PULMON "BLACK LUNG" Sí No Jubilación de la pareja

¿Los servicios son para un paciente menor de 65 años y con derecho a Medicare solo en base a enfermedad renal de estadio terminal (ESRD)? Yes No Fecha: _____

¿El paciente está cubierto por un plan médico grupal del empleador (EGHP, por sus siglas en inglés) (un empleador con más de 100 empleados) donde está empleada) la persona asegurada (paciente, pareja o padre)? Sí No

¿El paciente empezó diálisis o fue hospitalizado para un trasplante hace menos de 33 meses?.. Sí No

SI LAS 3 SON "SÍ", EL EGHP ES PRIMARIO A MEDICARE - Nombre y dirección del EGHP: _____

¿Los servicios para este paciente están cubiertos por la Administración para los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) u otro programa federal, tal como el Servicio de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés)? (Sí - VA/PHS ES EL SEGURO PRINCIPAL, RESPECTO A MEDICARE No

Firma del paciente o representante:

Fecha:

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD CON EL PACIENTE

Favor de señalar a parientes o amigos a quienes podamos entregar cierta o toda la información relacionada con su estado de salud, en caso de que usted no esté disponible cuando nuestra oficina necesite comunicarse con usted.

Nombre	Parentesco	Número de teléfono
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Al firmar este acuerdo, usted permite que todos los doctores del Memorial Cancer Center y todos los empleados tengan acceso a su historial médico y permite que se entregue información médica a las personas señaladas anteriormente.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Escribir el nombre del paciente en letra de molde

CONTACTOS

FAVOR DE LISTAR TRES NÚMEROS DE TELÉFONO DONDE PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED:

Primer contacto _____ Número de teléfono _____

Contacto secundario _____ Número de teléfono _____

Pariente _____ Número de teléfono _____

(FAVOR DE SEÑALAR A DOS PERSONAS QUE QUISIERA QUE CONTACTEMOS EN CASO DE EMERGENCIA)

***POR EJEMPLO: PARIENTE, AMIGO
O, POR LO MENOS UNA PERSONA QUE VIVA EN EL ÁREA***

PARIENTE MÁS CERCANO: _____

PARENTESCO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

PERSONA QUE QUISIERA QUE NOTIFIQUEMOS: _____

PARENTESCO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____



AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTES DE OTROS MEDICOS Y DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Esta autorización es para OBTENER expedientes de otros médicos y de otros profesionales de la salud. Por favor de llenar toda la información requerida; sin dejar nada en blanco. Escriba el nombre completo y la dirección de las personas o instituciones de quienes requiere expedientes.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Mis expedientes médicos serán abiertos con el propósito de: _____

Por favor especifique la información que UD. Desea remitir.

A. Expedientes de hospitalización, paciente externo o servicios de emergencia referentes al estado, enfermedad o lesión siguiente: _____ que ocurrió el (fecha exacta o aproximada) _____

B. Expedientes médicos del periodo que va del: _____ hasta el _____

C. Documentos específicos necesarios:

- Carátula de admisión
- Reporte de Patología
- Reporte de Rayos-x
- Reporte de Alta
- Aporte de consulta
- Electrocardiogramas
- Historial físico
- Ordenes / Notas de Progreso
- Reporte de Urgencias
- Reporte de Operación
- Reporte de Laboratorio
- Archivo completa
- Otra: _____

D. Expedientes médicos de referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas o para enfermedades mentales, emocionales o trastornos de la conducta y/o AIDS y/o HIV. En autorización en ceder información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, entendiendo que tengo el derecho de examinar y obtener copias de estos expedientes médicos por ceder. (N.M. Stat. Ann § 43-1-19). Con la excepción de los expedientes psiquiátricos, si el paciente es menor de 14 años de edad, el y un representante legalmente autorizado debe firmar. A lo menos debe haber una firma en esta sección en todos casos.

E. Firma del paciente _____ FECHA _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ FECHA _____

Información médica obtenida después de la fecha que la autorización fue firmada no será remitida. Esta autorización podrá ser revocada por el firmante en cualquier momento en cuanto primero notifique por escrito al individuo o institución de donde expedientes fueron requeridos. Estoy de acuerdo que esta autorización, no tendrá efecto en cualquier información que MMC haya remitido antes de recibir mi noticia por escrito para revocar esta autorización. Estoy de entendido que puedo recibir tratamiento medico en Memorial Medical Center aunque no haya firmado una autorización para remitir mis expedientes médicos.

Yo autorizo proveer la información indicada a Memorial Medical Center. En apoyo de esta autorización, por el presente documento, renuncio a las provisiones legales referente a la cesión de expedientes medicos autorizada aquí.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si el paciente no puede firmar, diga por que _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Firma del testigo _____ Fecha _____

POR FAVOR DIRIJA SU CORRESPONDENCIA A:
821-031 (New 05/19)

MMC Radiation Oncology
2450 S Telshor Blvd Building B
Las Cruces NM
Phone 575-556-5800
Fax: 575-556-5809

**Memorial Cancer Center
Radiation Oncology Dept.
2450 S. Telshor Blvd., Suite B
Las Cruces, NM 88011
Phone: 575-556-5800 Fax: 575-556-5899**

AUTORIZACION PARA REMITIR INFORMACION PROCEDENTE DE LA HISTORIA MEDICA	
NOMBRE	_____
FECHA DE NACIMIENTO	_____
SEGURO SOCIAL #	_____
PT. ACCT. #	_____

Esta autorización es para que MEMORIAL MEDICAL CENTER REMITIR EXPEDIENTES MEDICOS. Escriba el nombre completo y la dirección de las personas o instituciones a quienes se les cederán los expedientes. Por favor del llenar toda la información requerida; sin dejar nada en blanco.

Envíelos a _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Por la presente autorizo a Memorial Medical Center para que haga accesible mi historia médica a la persona o personas o a la compañía nombrada antes, para revisión, examinación de copias de expedientes médicos tal como sean solicitados.

Mis expedientes médicos serán abiertos con el propósito de: _____

Por favor especifique la información de que usted desea remitir.

- A. Expedientes de hospitalización, paciente externo o servicios de emergencia referentes al estado, enfermedad o lesión siguiente: _____
- B. Expedientes médicos del periodo que va desde el _____ hasta el _____
- C. Expedientes médicos referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas o para enfermedades mentales, emocionales o trastornos de la conducta y/o HIV y/o AIDS. En autorización en ceder información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, entendiendo que tengo el derecho de examinar y obtener copias de estos expedientes médicos por ceder (N.M. Stat. Ann. §43-1-19). Si el paciente es menor de edad, el y un representante legalmente autorizado debe firmar.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Esta autorización será considerada invalida después de 6 meses o 60 días para los expedientes médicos referentes al tratamiento para abuso de alcohol o dragas, desde la fecha en que fue firmada. Información médica obtenida después de la fecha que la autorización fue firmada no será remitida. Esta autorización podrá ser revocada por el firmante en cualquier momento en cuanto primero notifique por escrito a MMC. Mande la revocación a: Health Information Management Director, Memorial Medical Center, 2450 S. Telshor Blvd., Las Cruces, NM 88011-5076. Estoy de acuerdo que al revocar esta autorización, no tendrá efecto en cualquier información que MMC haiga remitido antes de recibir mi noticia por escrito para revocar esta autorización.

Estoy de entendido que puedo recibir tratamiento médico en Memorial Medical Center aunque no haiga firmado una autorización para remitir mis expedientes médicos.

En apoyo de esta autorización, por el presente documento, renuncio a las provisiones legales referentes a la acesión de expedientes médicos autorizada aquí.



Firma del Paciente _____ Fecha _____

Si el paciente no puede firmar, diga por que _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Relación de el paciente _____ Firma del Testigo _____ Fecha _____

Se prohíbe a quienes reciban estos expedientes que divulgen cualquier información contenida en ellos.

<p>Authorization For Releasing Information 821-030S (Rev. 04/15) Page 1 of 1</p>  <p>ROIAUTHS</p>  <p>Memorial Medical Center Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
--	---

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Lea detenidamente y firme las autorizaciones, permisos y acuerdos necesarios para que podamos proceder con la atención y el tratamiento ordenados por su médico.

- 1. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HOSPITAL:** Entiendo que la atención que recibe el paciente es dirigida por su(s) médico(s) adjunto(s), y doy mi consentimiento para recibir todos los servicios de hospital que sean apropiados para mi atención y según lo ordene(n) mi(s) médico(s).
- 2. EDUCACIÓN MÉDICA:** Entiendo que, como parte de los programas de educación médica, los residentes, internos, estudiantes de medicina, de enfermería u otros estudiantes y aprendices pueden observar, examinar, dar tratamiento y participar con supervisión en mi atención.
- 3. CERTIFICACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE:** Certifico que es correcta la información que proporcioné cuando solicité el pago según el Título XVIII o XIX de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) (Medicare). Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que tengo la responsabilidad de cubrir el deducible de Medicare, el coseguro, los días de reserva de por vida, si corresponde, y el 20 % del coseguro de la Parte B correspondiente a honorarios profesionales. Por el presente, cedo irrevocablemente al hospital y a todos los proveedores médicos que me atiendan en el hospital el pago de toda hospitalización y beneficios médicos correspondientes y que, de otro modo, serían pagaderos a mí. A menos que el contrato del seguro establezca lo contrario, la certificación previa es, en última instancia, responsabilidad del paciente.
- 4. ACUERDO FINANCIERO:** Yo, el abajo firmante, en contraprestación por los servicios que recibirá el paciente, asumo la obligación de pagar al hospital oportunamente, de acuerdo con los cargos enumerados en la descripción completa de cargos del hospital y, si corresponde, según las políticas sobre pago con descuento y atención de beneficencia del hospital, así como las leyes estatales y federales. Si lo solicito, el hospital puede proporcionar una estimación razonable de los cargos por artículos y servicios basada en la descripción completa de cargos del hospital. Si alguna cuenta es remitida a un abogado o agenda para cobro, convengo en pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. Entiendo que, como cortesía para mí, el hospital puede enviar la factura a la compañía de mi seguro o al plan de beneficios médicos, pero no tiene obligación de hacerlo. Entiendo y acepto que, salvo cuando la ley lo prohíbe, la responsabilidad financiera de los servicios prestados me corresponde a mí, el abajo firmante. También entiendo que la obligación de pagar al hospital no puede ser diferida por ningún motivo, incluidas las acciones legales pendientes contra terceros para el cobro de gastos médicos. El hospital determinará si una cuenta se considera morosa debido a falta de pago del saldo y cuándo ocurre la morosidad. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, entre otros, el radiólogo, patólogo, médico de urgencias, anestesista, hospitalista y demás, facturarán sus servicios separadamente.
- 5. EL HOSPITAL COMO REPRESENTANTE:** De forma irrevocable, cedo y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y demás intereses relacionados con algún plan de seguros, plan de beneficios médicos (incluido el plan de beneficios médicos patrocinado por un empleador) u otras fuentes de pago de mi atención. Esta cesión incluirá ceder y autorizar el pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro y el plan de salud pagaderos debido a esta hospitalización o a estos servicios ambulatorios. Convengo en que el pago que hagan las compañías de seguro o el plan al hospital, de conformidad con esta autorización, cumplirá con las obligaciones en la medida de ese pago. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen de acuerdo con esta cesión, en la medida permitida por las leyes estatales y federales. Acepto cooperar y tomaré todas las medidas solicitadas razonablemente por este hospital para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión. Asimismo, por el presente, autorizo al hospital, o a la persona que el hospital designe, para que actúe en mi nombre en todo conflicto que surja con organizaciones de atención administrada, programas de salud del Gobierno, planes de seguro o planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador en relación con los beneficios que ofrecen. Esta autorización incluye específicamente la facultad de presentar apelaciones en mi nombre debido a una denegación de beneficios y de actuar como mi representante en dichas apelaciones.
- 6. CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS Y MENSAJES DE TEXTO POR CELULAR:** Si en algún momento proporciono un número de teléfono celular para poder ser contactado, doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto, así como comunicaciones relacionadas con la facturación y el pago de artículos y servicios, a menos que yo notifique lo contrario al hospital por escrito. En esta sección, las llamadas o los mensajes de texto incluyen mensajes pregrabados y de voz artificial, dispositivos de marcado telefónico automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto u otra forma de comunicación electrónica del hospital, afiliados, contratistas, proveedores de servicios, proveedores médicos, abogados o sus representantes, y agencias de cobranza.
- 7. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO:** Si, en algún momento, proporciono una dirección de correo electrónico para poder ser contactado, doy mi consentimiento para recibir del hospital en esa dirección instrucciones para el alta, estados de cuenta, facturas, material de promoción sobre servicios nuevos y recibos de pago, a menos que yo notifique lo contrario al hospital por escrito.
- 8. PACIENTES AMBULATORIOS DE MEDICARE:** Medicare no cubre los medicamentos con receta, salvo algunas excepciones. De acuerdo con los reglamentos de Medicare, usted tiene la responsabilidad de pagar todos los medicamentos que reciba como paciente ambulatorio y que cumplan la definición de Medicare de medicamento con receta. Estos medicamentos se denominan comúnmente fármacos autoadministrados, ya que son autoadministrados por lo general, pero pueden ser administrados por el personal del hospital. Medicare exige que los hospitales facturen estos medicamentos a los pacientes de Medicare o a los terceros a cargo del pago. Los beneficiarios de la Parte D de Medicare pueden facturar a la Parte D de Medicare a fin de recibir un posible reembolso de estos medicamentos de acuerdo con el material de inscripción del plan de medicamentos de Medicare.
- 9. CONSENTIMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES:** Para protección contra posibles enfermedades de transmisión por sangre, como la hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida, entiendo que puede ser necesario o médicamente indicado que se me realicen análisis de sangre mientras sea paciente del hospital si, por ejemplo, un empleado del hospital se pica con una aguja mientras extrae sangre, se salpica con sangre o se hace una herida con un escalpelo y queda expuesto a mi sangre. Entiendo que tanto mi sangre como la del empleado serán sometidas a análisis para detectar una posible infección de las enfermedades antes mencionadas. Se mantendrá la confidencialidad de los resultados de los análisis tanto de empleados como de pacientes según lo dispuesto por las leyes.

Consent for Services and Financial Responsibility(Spanish)
892-050 (Rev. 06/18, 8/22, 6/12/23) Page 1 of 3

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

10. **RELACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS Y DEMÁS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Entiendo que todos o la mayoría de los proveedores de atención médica que proporcionan servicios en este hospital son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del mismo. La mayoría de los médicos y cirujanos que me proporcionan servicios, entre otros, radiólogos, patólogos, médicos de urgencias, anestelistas, hospitalistas y demás, son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del hospital. Asimismo, la mayoría de los auxiliares médicos (PA, *Physician Assistants*), enfermeras practicantes (NP, *Nurse Practitioners*) y enfermeras autorizadas para aplicar anestesia (CRNA, *Certified Registered Nurse Anesthetists*) son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones, y el hospital no asumirá ninguna responsabilidad por las acciones u omisiones de ninguno de ellos. Entiendo que puedo pedir a un empleado, representante o agente del hospital que verifique si un proveedor de atención médica es empleado del hospital o contratista independiente.

Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi médico adjunto. El hospital y su personal de enfermería tienen la responsabilidad de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano tiene la responsabilidad de obtener mi consentimiento informado, cuando se exija, para el tratamiento médico o quirúrgico, los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico especial, o los servicios de hospital que yo reciba de acuerdo con las instrucciones generales y especiales de mi médico.

Entiendo que estos médicos que ofrecen atención en este hospital pueden ser proveedores NO PARTICIPANTES en mi plan de seguro y que me facturarán sus servicios profesionales separadamente de la factura del hospital.

11. **OPCIÓN DE TRANSMITIR ELECTRÓNICAMENTE INFORMACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN, TRANSFERENCIA O ALT:** Doy mi autorización para que el hospital proporcione una copia de la historia clínica de mi tratamiento, el resumen del alta y un resumen del expediente de atención a mi(s) médico(s) de atención primaria, médico(s) especialista(s) o a todos los proveedores o establecimientos de atención médica indicados en los documentos de mi alta para facilitar mi tratamiento y la continuidad de los cuidados. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y otra información sobre enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionada con abortos provocados. El resumen del expediente de atención consiste en la información de mi historia clínica, entre otra, la información acerca de los procedimientos y los exámenes de laboratorio realizados durante esta internación, mi plan de atención, una lista de mis problemas actuales y pasados, y la lista de mis medicamentos actuales. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito dirigida al responsable de la privacidad (*Privacy Officer*). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. La presente autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que mi tratamiento actual termine.
12. **OPCIÓN DE PARTICIPAR EN LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD:** Por el presente documento, autorizo al hospital a proporcionar una copia de mi historia clínica, o partes de esta, a todo intercambio o red de información sobre la salud (*health information exchange / network*) en los que participe el hospital y demás participantes en dicho intercambio o red para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud, y de conformidad con los términos del acuerdo de participación en ese intercambio o red de información sobre la salud. En el Aviso de prácticas de privacidad, que se encuentra en el sitio web del hospital, se puede consultar la lista completa de las redes o los intercambios en los que participa el hospital. Esta lista puede ser actualizada en ocasiones, así como cuando el hospital participe en nuevos intercambios o redes de información sobre la salud. El hospital participa en el intercambio LifePoint Health Information Exchange, el cual es administrado por los socios comerciales del hospital indicados en el Aviso de prácticas de privacidad, entre otros, LifePoint Corporate Services General Partnership. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y otra información sobre enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionada con abortos provocados. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito dirigida al responsable de la privacidad (*Privacy Officer*). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. Esta autorización vencerá cuando sea revocada.
13. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Entiendo el Aviso de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) que recibí y que contiene una descripción más completa acerca de los usos y las divulgaciones de la información sobre mi atención médica.
14. **PREFERENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU INCLUSIÓN EN EL DIRECTORIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL:** Recibí información acerca de que, a menos que yo me oponga, el hospital puede usar el directorio de las instalaciones para informar a las personas que visitan o llaman, si preguntan por mí por nombre, cuál es mi ubicación en las instalaciones y mi estado general de salud. Los miembros del clero también pueden recibir esta información, así como la de mi afiliación religiosa.
- No deseo que mi nombre, ubicación dentro del hospital y estado general de salud sean incluidos en el directorio de las instalaciones.
15. **OPCIÓN DE SOLICITAR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con la Sección 60 del Título VI, el hospital tiene el compromiso de garantizar que todos los pacientes cuenten con acceso equitativo a la atención médica. Para ello, es posible usar o solicitar servicios de interpretación sin cargo para el paciente.
16. **DERECHOS DEL PACIENTE:** Recibí una copia de los Derechos del paciente (*Patient Rights*). Entiendo estos derechos y, si tengo más preguntas, consultaré con el personal de enfermería.
17. **CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN:** Doy mi consentimiento para fotografías, imágenes de video y / o monitoreo / grabaciones de audio, ya que pueden usarse para documentar la atención al paciente, la seguridad o para fines de operaciones de atención médica. Por la presente, doy mi consentimiento para el uso de dichas tecnologías en el curso de mi tratamiento y condición médica y entiendo que dichas grabaciones pueden mantenerse como parte de mi registro médico.
18. **CONFIRMACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA:** Entiendo que no tengo la obligación de firmar un documento de voluntad anticipada (*Advance Directive*) como condición para recibir tratamiento médico en este establecimiento. Entiendo que, en la medida en que la ley lo permita, este establecimiento de atención médica y las personas responsables de mi cuidado respetarán los términos del documento de voluntad anticipada firmado por mí.
- Firmé un documento de voluntad anticipada.
- No firmé un documento de voluntad anticipada.
- Desearía establecer mi voluntad anticipada y recibir más información sobre el tema.



19. OTRAS CONFIRMACIONES:

- a. Objetos personales de valor: Entiendo que soy responsable de todos mis efectos personales, entre otros, artículos para aseo personal, ropa, anteojos, lentes de contacto, audífonos, dentaduras postizas, otras prótesis, dispositivos electrónicos, como teléfonos celulares, computadoras portátiles, lectores electrónicos, iPads, iPods y otros dispositivos similares. Entiendo y acepto que el hospital tiene una caja de seguridad para conservar dinero y otros objetos de valor en un lugar seguro; sin embargo, salvo según lo exija la ley, el hospital no asume responsabilidad alguna por la pérdida o el daño de los bienes depositados en esa caja.
- b. Política sobre la prohibición de fumar en el establecimiento: El hospital es un establecimiento en el que se prohíbe fumar. Entiendo que no puedo consumir productos de tabaco durante mi estancia aquí.
- c. Armas, explosivos o drogas: Entiendo y convengo en que el hospital es un establecimiento en el que se prohíben armas, explosivos, sustancias o drogas ilícitas y bebidas alcohólicas. Entiendo que, mientras sea paciente del hospital, no puedo tener estos artículos en mi habitación ni con mis pertenencias. Si el hospital considera que tengo en mi poder alguno de los artículos antes mencionados, puede registrar mi habitación y mis pertenencias. Si los encuentra, estos artículos pueden ser confiscados, debidamente desechados o entregados a las autoridades del orden público.

20. **PACIENTES DE MATERNIDAD:** Si doy a luz como paciente de este hospital, acepto que cada disposición de este Consentimiento para servicios y responsabilidad financiera se aplica al bebé.

21. **Acuerdo sobre selección de foro (donde se presentarán las demandas):** Del el paciente o el paciente representante y Memorial Medical Center, incluyendo empleados y agentes Memorial Medical Center, representación o servicios médicos cuidado, cuidado de la salud o seguridad, profesional o administrativo de cualquier manera relacionados con atención médica al paciente (todo ello denominado "salud"), de acuerdo: en caso de disputa o reclamación, cualquier pleito, que de ninguna manera se refiere a la atención médica proporcionada al paciente deberá ser traído solamente en el tercer Tribunal de Distrito Judicial , Condado de Doña Ana, Las Cruces, Nuevo México, y en ningún caso ninguna tal demanda nunca en ningún otro lugar. Las disposiciones de este párrafo, en cuanto a adaptarse a donde será llevados, son obligatorias.

Leí y entiendo plenamente el presente Consentimiento para servicios y responsabilidad financiera del paciente, y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que no tengo preguntas o que hice preguntas y estas fueron respondidas satisfactoriamente.

Firma del paciente o representante legal para atención médica, si no es el paciente

Fecha

Hora

Relación del representante

Motivo si la persona no puede firmar (por ejemplo, menor de edad o incapacidad legal)

Firma del Testigo

Fecha

Hora

<p>Consent for Services and Financial Responsibility(Spanish) 892-050 (Rev. 06/18, 8/22, 6/12/23) Page 3 of 3</p>  <p>CONSERV</p>  <p>Memorial Medical Center Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
--	---