



Estimado paciente nuevo:

¡Bienvenido y gracias por elegir Capital Digestive Care!

El paquete adjunto contiene información importante para su próxima cita así como también nuestros formularios de inscripción para pacientes nuevos. A modo de preparación para su cita, revise esta información detenidamente y lleve la información solicitada el día de su cita.

**En su primera visita es muy importante que lleve lo siguiente:**

- √ Formularios de Información del paciente completos, formularios de la Historia clínica del paciente y aviso firmado sobre prácticas de privacidad (adjuntos en este paquete)
- √ Tarjeta(s) de seguro y derivación del seguro, si corresponde
- √ Identificación con fotografía (como por ejemplo la licencia de conducir)
- √ Todos los últimos resultados de laboratorio (análisis de sangre) relacionados con su visita
- √ Todos los últimos resultados de radiología relacionados con su visita (p. ej., exámenes del tracto gastrointestinal superior, enema opaco, tomografía computarizada o resultados de ultrasonido)
- √ Una lista de sus medicamentos actuales con la dosis y frecuencia con que los toma
- √ Para pacientes inscritos en planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) es posible que se requiera una derivación de su médico de atención primaria. Consulte con su compañía de seguros para verificar los requisitos de su plan
- √ Copago, si corresponde. Tenga en cuenta que el pago debe efectuarse en el momento del servicio.

Si lo derivaron debido a un resultado anormal de laboratorio/radiología, es obligatorio que contemos con una copia de estos resultados para que podamos completar su consulta sin tener que repetir las pruebas.

**Si nos proporciona la información anteriormente mencionada el día de su cita, podremos brindarle el servicio de una manera más pronta, precisa y eficiente.**

Gracias por permitirnos participar en su atención médica.

Esperamos verlo pronto.

\* Capital Digestive Care cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.



**CAPITAL  
DIGESTIVE  
CARE<sup>SM</sup>**

*First in Digestive Health*

## **Información del paciente**

Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Inicial del segundo nombre del paciente:
Dirección del paciente:	Apodo:	Nº de Seguro Social:
Ciudad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Estado, código postal		Edad:
Ocupación:	Teléfono particular:	Teléfono laboral:
Estado civil:	Teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:
Garante: Vínculo:	Teléfono:	Marque con un círculo: Hogar / Celular / Trabajo
Contacto de emergencia: Vínculo:	Teléfono:	Marque con un círculo: Hogar / Celular / Trabajo
Médico remitente:	Representante legal si el paciente es menor o por otros motivos necesarios:	
Médico de atención primaria:	Idioma preferido:	

### **Cobertura de seguro primaria:**

Compañía de seguros:	N.º de identificación de la póliza:
Teléfono de la compañía de seguros:	Identificación del grupo / Nombre:
Dirección para reclamos:	Identificación del plan / Nombre:
Ciudad, estado, código postal:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Nombre del suscriptor:	Vínculo del paciente con el suscriptor:
Sexo del suscriptor:      M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Empleador del suscriptor:

### **Cobertura de seguro secundaria:**

Compañía de seguros:	N.º de identificación de la póliza:
Teléfono de la compañía de seguros:	Identificación del grupo / Nombre:
Dirección para reclamos:	Identificación del plan / Nombre:
Ciudad, estado, código postal:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Nombre del suscriptor:	Vínculo del paciente con el suscriptor:
Sexo del suscriptor:      M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Empleador del suscriptor:

\* Capital Digestive Care cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

La información anterior es verdadera y correcta. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Pagaré esos saldos adeudados dentro de los 20 días de haber recibido el resumen de cuenta. En caso de que se necesiten realizar cobros, seré responsable de cualquier costo en el que se haya incurrido.

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



**CAPITAL  
DIGESTIVE  
CARE<sup>SM</sup>**

*First in Digestive Health*

**FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS CONFORME A LA  
CATEGORÍA DE FACTURACIÓN**

Durante su evaluación y tratamiento, los médicos y profesionales que no pertenezcan a Capital Digestive Care pueden participar de su atención. Después de un procedimiento, como por ejemplo una endoscopia o colonoscopia, es común que se cobren los servicios médicos, servicios de anestesia, servicios de patología (si se tomó una biopsia) y los gastos de la instalación. Cada entidad cobrará por separado los servicios prestados. Puede utilizar cualquier instalación de atención médica o proveedor de su elección, sujeto a las restricciones de afiliación de su médico o a las restricciones que puedan existir conforme a su cobertura de seguro de salud. Los pacientes deben consultar con su proveedor de seguro de la salud en caso de tener preguntas o inquietudes sobre su cobertura.

**Organizaciones afiliadas a Capital Digestive Care:**

<b><u>Facturación del médico</u></b>	<b><u>Facturación de las instalaciones</u></b>	<b><u>Facturación de la anestesia</u></b>	<b><u>Facturación de patología</u></b>
CAPITAL DIGESTIVE CARE, LLC	<p align="center"><i>(una de las siguientes)</i></p> <p>AMBULATORY ENDOSCOPY CENTER OF MARYLAND (CENTRO AMBULATORIO DE ENDOSCOPIA DE MARYLAND)</p> <p>BETHESDA ENDOSCOPY CENTER (CENTRO DE ENDOSCOPIA DE BETHESDA) CHEVY CHASE ENDOSCOPY CENTER (CENTRO DE ENDOSCOPIA CHEVY CHASE)</p> <p>ENDOSCOPY CENTER OF WASHINGTON, D.C. (CENTRO DE ENDOSCOPIA DE WASHINGTON, D.C.)</p> <p>ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE OF MARYLAND (CENTRO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE MARYLAND)</p> <p>ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE OF MARYLAND – NORTH (CENTRO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE MARYLAND - NORTE)</p> <p>GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY ASSOCIATES, LLC (GIEA)</p> <p>URBANA GI ENDOSCOPY CENTER (CENTRO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL URBANA)</p>	<p align="center"><i>(una de las siguientes)</i></p> <p>CAPITAL ANESTHESIA PARTNERS, LLC</p> <p>CORRIDOR ANESTHESIA, LLC</p> <p>MARKED ANESTHESIA, LLC</p> <p>MONTGOMERY ANESTHESIA CARE, LLC</p>	CAPITAL DIGESTIVE CARE-PATHOLOGY LABORATORY, LLC

1. Entiendo que las compañías anteriores divulgarán mi información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) exclusivamente para fines de seguro y tratamiento. Consiento la divulgación de toda PHI necesaria para el pago y tratamiento de mi problema de salud específico.
2. Por el presente, le cedo a usted, mi médico, todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho, incluido el plan Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de seguro.
3. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por dicha compañía de seguros, inclusive de cualquier deducible, copago y coseguro, y que los copagos vencen al momento de los servicios.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento



## Autorización de divulgación de información médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Capital Digestive Care se compromete en mantener la privacidad de su información médica protegida. Las leyes estatales y federales garantizan la privacidad de sus registros médicos, su disponibilidad ante nosotros y los derechos específicos relacionados con sus registros médicos. Además de su autorización, podemos usar o divulgar su información médica conforme a la ley en determinadas circunstancias. Consulte nuestro aviso completo sobre prácticas de privacidad de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) para todas las posibles divulgaciones y usos generales.

### **COMPRENDO MIS DERECHOS PARA:**

Revocar o modificar la siguiente autorización en cualquier momento. (Tenga en cuenta que la revocación no es efectiva en los casos en que la información ya haya sido divulgada, pero será efectiva a partir del aviso de revocación en adelante). También puedo inspeccionar o copiar mi información médica protegida para que se divulgue según lo descrito en el presente documento. Comprendo que si la parte receptora no está sujeta a las leyes de privacidad de los registros médicos, el receptor puede volver a divulgar la información y es posible que ya no esté protegida por la ley estatal o federal.

### **DIVULGACIÓN Y PUBLICACIÓN DE REGISTROS IMPRESOS O ELECTRÓNICOS: (Elija y coloque sus iniciales solo en una opción)**

\_\_\_\_\_ **NO** autorizo la divulgación o publicación de mi información médica protegida a ninguna persona/entidad o mediante un *Iniciales* mensaje dejado en un correo de voz.

\_\_\_\_\_ Autorizo a los médicos y al personal de la práctica a divulgar información médica relacionada con las citas, facturas de *Iniciales* laboratorio u otra comunicación general del paciente a través del correo de voz en los siguientes números telefónicos:

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación o publicación de la siguiente información médica protegida:

*Iniciales*

- Todos los registros
- Notas de visitas al consultorio
- Informes patológicos
- Informes radiológicos
- Informes de laboratorio
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Esta información se puede divulgar o publicar a:  
Vínculo: \_\_\_\_\_

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

La presente autorización caduca el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (si no se especifica una fecha, el vencimiento automático sucede en un año).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante  
*Su negación a firmar esta autorización no dará lugar al rechazo del tratamiento.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta/Cargo del representante

## NOTIFICACIÓN DE LAS COMUNICACIONES

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Teléfono: (Particular) \_\_\_\_\_ (Móvil) \_\_\_\_\_

Capital Digestive Care utiliza una cantidad de diferentes recursos con el propósito de contactarlo para proporcionarle información importante. Su privacidad es importante para nosotros y no compartiremos ni venderemos su información a ningún proveedor tercero, excepto cuando así se requiera para fines legales o cobro de deudas. A continuación se mencionan ejemplos de algunos de los motivos en los que podemos necesitar contactarlo usando la información que recolectamos al momento de la inscripción (para los pacientes nuevos) o la que tenemos en nuestros archivos (para pacientes establecidos), que puede incluir su dirección de correo electrónico, número de teléfono particular o móvil.

- **Acceso al portal del paciente:** Si elige crear una cuenta, podrá actualizar su información personal antes o después de su cita, ver ciertos resultados de exámenes y enviar mensajes a su médico o al consultorio de su médico.
- **Anuncios de prácticas:** Estas pueden incluir nuevos anuncios de médicos o proveedores o notificaciones de reubicación/retiro de proveedores.
- **Mejoras del servicio al cliente:** Siempre evaluamos las solicitudes para mejorar nuestro servicio, incluso las soluciones para mejorar la programación de citas, los recordatorios de las citas y la preparación de procedimientos. A medida que las solicitudes estén disponibles, usted puede recibir una notificación o invitación de inscripción.
- **Información de salud digestiva:** Esta información puede incluir nuevos tratamientos o ensayos de investigación clínica, notificaciones de seminarios educativos sobre temas específicos de la salud digestiva u otra información relevante.
- **Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP):** Hemos elegido participar en un intercambio de información médica regional para el servicio de Maryland y D.C. Según lo permitido por ley, en este intercambio se compartirá su información médica para brindar un acceso más rápido, mejor coordinación de la atención y una ayuda a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas. Usted puede optar por “renunciar” e impedir el acceso a su información médica disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de Renuncia a CRISP por correo postal, fax o a través de su sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org). La presentación de informes sobre salud pública e información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de monitoreo de medicamentos con receta de Maryland (PDMP, por sus siglas en inglés), seguirá disponible para los proveedores.
- **Actividad de cobro:** Si su cuenta se atrasa, Capital Digestive Care puede utilizar los servicios de una agencia de cobro para recuperar cualquier saldo pendiente de su cuenta. Usted puede solicitar la eliminación de su número de teléfono celular para este fin presentando una notificación escrita a Capital Digestive Care, a la atención de: Billing Manager, 12510 Prosperity Drive, Suite 200, Silver Spring, MD 20904.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra organización está dedicada a mantener la privacidad de su información médica individualmente identificable. El presente aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Los términos de este aviso corresponden a todos los registros que contienen su información médica, creados o conservados por nuestra organización. Revíselos con atención. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso a pedido.

### **Información médica del paciente**

Conforme a la ley federal, la información médica del paciente está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información médica también incluye el pago, la facturación y la información del seguro.

### **Cómo utilizamos su información médica**

Utilizamos su información médica para el tratamiento, con el fin de obtener el pago y para operaciones de la atención médica, que incluye fines administrativos y evaluación de la calidad de atención que recibe. Podemos usar o divulgar su información médica, incluso sin su permiso, para los siguientes propósitos:

**Tratamiento:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento la registrará y utilizará para determinar el curso de la atención más adecuado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención a la salud que participen de su tratamiento, como a farmacéuticos que completan sus recetas, y a familiares autorizados que colaboran con su cuidado.

**Pago:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo, es posible que obtengamos autorización de su compañía de seguro antes de brindar cierto tipo de tratamiento. Presentaremos las facturas y mantendremos registros de los pagos de su plan de salud.

**Operaciones de atención médica:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica para realizar nuestras operaciones internas estándar, que incluyen la administración adecuada de registros, evaluación de la calidad del tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares.

### **Usos especiales**

Es posible que utilicemos su información para contactarlo con recordatorios de citas. También podemos contactarlo para brindarle información sobre alternativas para su tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan resultarle de interés. Podemos contactarlo con fines de recaudación de fondos, pero tiene el derecho de negarse a recibir dichas comunicaciones.

Participamos del Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP), un intercambio regional de información médica para el servicio de Maryland y D.C. Según lo permitido por ley, en este intercambio se compartirá su información médica para brindar un acceso más rápido, mejor coordinación de la atención y una ayuda a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas. Consulte nuestro formulario de Notificación de las comunicaciones si prefiere rechazar este programa.

### **Otros usos y divulgaciones**

Podemos usar o divulgar su información médica identificable por otros motivos, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, podemos emitir información médica, sin su permiso, para los siguientes propósitos:

**Exigidos por ley:** Podemos estar obligados a informar sobre heridas de balas, sospecha de abuso o negligencia o lesiones e eventos similares.

**Investigación:** Podemos usar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas.

**Actividades de salud pública:** Según lo requiera la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada para retirar del mercado productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.

**Supervisión de la salud:** Es posible que divulguemos información para colaborar con investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

**Procedimientos administrativos y judiciales:** Podemos divulgar información en respuesta a una citación apropiada u orden judicial.

**Fines de cumplimiento de la ley:** Sujeto a ciertas restricciones, podemos divulgar información requerida por agentes del orden público.

**Muertes:** Podemos informar datos relacionados con la muerte a forenses, médicos examinadores, directores de funerales y agencias de donación de órganos.

**Amenaza grave para la salud o seguridad:** Podemos usar y divulgar información cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

**Funciones gubernamentales especiales y militares:** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información según lo requieran las autoridades de mando militar. También divulgaremos información a instituciones correccionales o por motivos de seguridad nacional.

**Indemnización laboral:** Podemos divulgar información sobre usted para la indemnización laboral o programas similares que brinden beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

**Asociados comerciales:** Podemos divulgar su información médica a asociados comerciales o terceros con los que hayamos celebrado contratos para prestar los servicios acordados.

No participamos de la venta de su información médica; sin embargo, en caso de hacerlo, obtendremos su autorización por escrito antes de que podamos vender su información médica. En todas las demás situaciones, incluidas las actividades de comercialización, le solicitaremos autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica identificable sobre usted. Si elige firmar una autorización para divulgar información, luego puede revocar esa autorización para detener cualquier uso o divulgación futura.

### **Derechos individuales**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Comuníquese con el oficial de privacidad para el ejercicio de sus derechos.

**Solicitud de restricciones:** Puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Tiene derecho a restringir las divulgaciones de su información médica a su plan de salud que tengan como fin el pago y las operaciones de atención médica (no para el tratamiento) si la divulgación pertenece a un elemento de la atención médica o servicio por el cual usted pagó por completo y en efectivo. Si solicita una restricción para un elemento de la atención médica o servicio por el cual pagó por completo y en efectivo, respetaremos su solicitud, a menos que la divulgación sea necesaria para su tratamiento o exigida por ley. Para todas las otras solicitudes de restricción, no tenemos la obligación de aceptar dichas restricciones.

**Comunicación confidencial:** Nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo, enviando notificaciones a una dirección especial o no utilizando tarjetas postales para recordarle sus citas.

**Inspección y obtención de copias:** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se le aplique una tarifa administrativa. Tenemos el derecho a rechazar su solicitud.

**Enmienda de información:** Si cree que esa información en su registro es incorrecta o que falta información importante, usted tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos los datos que faltan. Las solicitudes de enmienda se deben realizar por escrito.

**Rendición de cuentas o divulgaciones:** Puede solicitar una lista de instancias en las que hayamos divulgado su información médica por motivos que no se relacionen con el pago del tratamiento u opciones de cuidado de la salud.

**Notificación por incumplimiento:** Debemos notificarlo en caso de un incumplimiento de su información médica protegida no segura y lo haremos debidamente.

### **Nuestra obligación legal**

Por ley, debemos proteger y mantener la privacidad de su información médica, brindarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información médica protegida y acatar los términos de la notificación que actualmente estén en vigencia.

### **Cambios en las prácticas de privacidad**

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Antes de que realicemos un importante cambio en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en el área de espera. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad que aparece a continuación.

### **Reclamos**

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus registros, puede comunicarse con la persona que se menciona a continuación. También puede enviar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La persona que se menciona a continuación le proporcionará la dirección adecuada a pedido. No sufrirá ninguna sanción por presentar un reclamo.

### **Persona de contacto**

Si tiene alguna pregunta, solicitud o reclamo, comuníquese con:

Capital Digestive Care a la atención de: Oficial de Privacidad  
12510 Prosperity Drive, Suite 200 Silver Spring, MD 20904  
301-485-5201

Por el presente, yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), reconozco haber recibido el aviso de prácticas de privacidad que me fue entregado.

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

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

En caso de no firmar, motivo por el cual no se obtuvo el acuse de recibo:

Testigo del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_