

# Memorial Cancer Center

Welcome to the Cancer Center – Radiation Oncology:

As with anything new, we want to make sure that you are aware of clinic rules. These rules help us take care of you and all the other patients we serve.

If you have any questions, we would be happy to answer them.

- The Radiation Oncology office is a SCENT FREE ZONE. Please avoid wearing anything that has a fragrance. Smells can cause patients to have nausea.
- All prescriptions require a 72 hour turn-around time. Please plan accordingly.
- We are not a walk-in clinic, therefore, appointments are required.
- The physicians in this clinic do not complete medical cannabis paperwork.
- This clinic and the hospital (as well as the grounds) are completely smoke free. If you have a strong smell of tobacco or marijuana, you may not be seen.
- No weapons are permitted.
- ALL paperwork requires FIVE working days to complete before pick up.
- You must keep your appointments and notify the office if you need to reschedule. More than two missed appointments, without notice, may lead to termination as a patient in this clinic.
- Nurses are available from 8:00 a.m. to 5:00 p.m., Monday through Friday. You will receive a call back (almost always) the same day. Please only call once. If you feel it is an emergency, please notify us that you are going to the Emergency Room.
- If you are admitted to the hospital, please let the hospital physician know to call us.
- If you arrive more than 15 minutes late for your appointment, you may be rescheduled.
- Arriving too early for your appointment does not mean you will be seen any sooner than your scheduled appointment time.
- Patients on oxygen are asked to bring their own tank, allowing enough oxygen for approximately 2 hours. Your oxygen carrier may also deliver to our office.
- Please notify the Front Desk of any change in insurance, address or phone numbers.
- All VA and/or Triwest patients: Please verify that you have a current authorization.
- Please minimize cell phone use when seeing the Physician.

Sincerely,



Elizabeth (Lisa) Martinez  
Radiation Oncology Office Manager  
Clinic Phone Number: 575-556-5800



Lynn Fletcher, RN, BSN, MBA, CPPS  
Director of the Cancer Program  
Clinic Phone Number: 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 enmendemos o corrijamos sus expedientes de salud electrónicos o en papel. Es posible que hayan 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.

## 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	Describe 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: \_\_\_\_\_

# 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**

“Comprometidos con ofrecerle a nuestros pacientes la mejor atención personalizada ”

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la calidad de la atención, maltratos, descuido o explotación favor de dirigirlas al Departamento de Salud de Nuevo México:

Líneas directas: 1-800-752-8649 ó 1-800-445-6242

Servicios de protección de adultos: 1-800-797-3260

Horario de atención de las líneas directas

De lunes a viernes

De 8 de la mañana a 5 de la tarde

(Hora de la montaña)

(Cerrado los fines de semana y días de fiesta oficiales)

Si tiene inquietudes sobre la calidad de la atención también se puede comunicar con la Joint Commission (*Comisión Conjunta*) al 1-800-994-6610

Email: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org)

(Horario de atención: De 8:30 a 5:00, hora central, de lunes a viernes)

***TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERA CONFIDENCIAL***

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

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

**\*\*\*EL FIRMAR ESTE DOCUMENTO CONFIRMA QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN \*\*\***

# 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, la Dra. Cherie Hayostek o el Dr. Gregory Willis. 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 aquí en el Centro de Cáncer MMC Ikard, 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 Ikard para sus servicios de Oncología Radioterápica.

\_\_\_\_\_ Firma del Paciente/Tutor

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

# Memorial Cancer Center Radiation Oncology

## Formularios de Registro

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	NOMBRE DEL PACIENTE _____				Apellido _____		Nombre _____		Inicial del segundo nombre _____	
	DIRECCIÓN _____				Número y calle _____		Ciudad _____		Estado _____ Código Postal _____	
	TELÉFONO (____) _____				FECHA DE NACIM. _____		EDAD _____		LUGAR DE NACIM. _____	
	OCUPACIÓN _____				NO. SEGURO. _____		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL _____	
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	NOMBRE _____				Apellido _____		Nombre _____		Inicial del segundo nombre _____	
	DIRECCIÓN _____				No. y calle _____		Ciudad _____		Estado _____ Código Postal _____	
	TELÉFONO (____) _____				OCUPACIÓN _____		EMPLEADOR _____			
					SI ESTÁ JUBILADO/A: FECHA _____		SI TIENE DISCAPACIDAD: FECHA _____		¿DE QUÉ COMPAÑÍA? _____	
<b>INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO</b>	<b>SEGURO PRIMARIO</b>				<b>SEGURO SECUNDARIO</b>					
	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN _____				NÚMERO DE AUTORIZACIÓN _____					
	NÚMERO DE MEDICARE _____				NÚMERO DE MEDICARE _____					
	COMPAÑÍA DE SEGUROS _____				COMPAÑÍA DE SEGUROS _____					
	DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN _____				DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN _____					
	NÚMERO DE PÓLIZA _____				NÚMERO DE PÓLIZA _____					
	No de ID _____ ID de grupo _____ Código de cobertura _____				No de ID _____ ID de grupo _____ Código de cobertura _____					
	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____				NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____					
	No. DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____				No. DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____					
	¿SU VISITA ESTÁ RELACIONADA CON UN ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				SI LA RESPUESTA ES SÍ: _____				TIPO DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTO	
					Fecha y hora del accidente _____				<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN LABORAL (WORKERS COMP) <input type="checkbox"/> OTRO (EXPLICAR) _____	
	PROGRAMA FEDERAL DE PULMÓN NEGRO (Black Lung Program) _____								<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO JUBILACION DEL ESPOS(A)	
¿Los servicios son para un paciente menor de 65 años y con derecho a Medicare basándose solo en la etapa final de la enfermedad renal (End Stage Renal Disease, ESRD) _____								<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha: _____		
¿El paciente está cubierto por una EGHP (un empleador con 100 empleados o más) donde el asegurado primario o titular (paciente, esposo, esposa o padre) está empleado? _____								<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿El paciente empezó diálisis o ingresó al hospital para un trasplante hace menos de 33 meses? _____								<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
SI LAS TRES SON "SÍ" EL EGHP ES PRIMARIO A MEDICARE - Nombre y dirección de la EGHP: _____										
¿Los servicios para este paciente están cubiertos por la Administración de Veteranos (VA) u otro programa federal como un Servicio de Salud Pública (PHS)? <input type="checkbox"/> SÍ - LA VA/PHS ES PRIMARIO A MEDICARE <input type="checkbox"/> NO										
<b>MÉDICO</b>	NOMBRE DEL MÉDICO _____				TELÉFONO (____) _____					
	DIRECCIÓN _____				No. y calle _____		Ciudad _____		Estado _____ Código Postal _____	
<b>CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO</b>	CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: El suscrito, por medio de la presente, da su consentimiento para que se administren y realicen procedimientos y tratamientos lo cuales, bajo el criterio de mi doctor, puedan ser considerados necesarios o aconsejables.									
	DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: En la medida en que fuera necesario, para poder determinar la responsabilidad de pago y obtener un reembolso, el hospital o médico tratante pueden discutir partes del archivo del paciente, incluyendo su historial clínico, con cualquier persona o corporación que es o pueda ser responsable, por todo o parte de los cobros del hospital incluyendo, pero sin limitarse a compañías de seguros, planes de servicios médicos, o compañías de seguros de indemnización al trabajador.									
	ACUERDO SOBRE PRESTACIONES DEL SEGURO: El suscrito, ya sea que firme como agente o paciente, autoriza el pago directo --al hospital o médicos, grupos médicos, personal de salud-- de toda prestación del seguro que sea de otra manera pagable al suscrito por su hospitalización a una tasa que no exceda el cobro normal. Se acuerda que el pago al hospital, como lo dispone esta autorización, realizado por parte de una compañía de seguros, liberará a dicha compañía de seguros de toda obligación de acuerdo a una póliza, en la medida de dicho pago. El suscrito entiende que él/ella es responsable de los cargos no cubiertos por este acuerdo.									
	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE _____				FECHA _____		HORA _____			
	RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO (especificar) _____				TESTIGO _____		CARGO/DEPARTAMENTO _____			
DIAGNÓSTICOS _____										

**Memorial Cancer Center  
Radiation Oncology Dept.  
2450 S. Telshor Blvd., Suite B  
Las Cruces, NM 88011**

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

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

AUTORIZACIÓN PARA REMITIR INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LA HISTORIA MÉDICA	
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 style="text-align: center;">ROIAUTHS</p>  <p style="text-align: center;"><b>Memorial Medical Center</b> Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
---	---

# Memorial Cancer Center

Radiation Oncology  
2450 S. Telshor Blvd., Bldg. B  
Las Cruces NM 88011  
Phone: 575-556-5800 Fax: 575-556-5899

## AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION FROM OTHER PROVIDERS

NAME \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

SOC SEC# \_\_\_\_\_

This authorization is to OBTAIN medical records from another provider. Please fill in ALL the information requested: leave NO Blanks. Print full name and address of individual or institution from whom records are to be requested.

Records Requested From: \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

The purpose of this disclosure is: \_\_\_\_\_

Please specify the extent of information you wish released.

A. Records of inpatient, outpatient, or emergency service for the following condition or injury:

\_\_\_\_\_

B. Records of the period from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

C. Specific records needed are:

Admission face sheet	Consultation report	Electrocardiogram report
Discharge summary	Orders/progress notes	Emergency dept report
History/physical exam	Laboratory report	Entire chart
Operative report	X-ray report	
Pathology report		

Other: \_\_\_\_\_

D. Records of treatment for drug/alcohol abuse and/or psychiatric illness and/or AIDS and/or HIV. In authorizing release of information regarding treatment of psychiatric illness, I understand that I have a right to examine and get a copy any information disclosed under the terms of this release (N.M. Stat. Ann 43-1-19.) (If the patient is a minor, the patient and legal representative must sign here and below. At least one signature is needed in this section in ALL cases.)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

This authorization shall be considered invalid after 6 months (60 days for drug/alcohol abuse records), from the date of signing. Medical information gathered by you after the date of authorization signing is not to be released. The authorizing party may revoke this authorization at any time by notifying the individual/institution from which records were requested. I agree that my individual/institution from which records were requested received my written notice to revoke this authorization. I understand that I can receive treatment at Memorial Medical Center even though I have not signed an authorization to obtain my medical records from other providers.

I hereby authorize you to provide the above medical information to Memorial Medical Center. In furtherance of this authorization, I do hereby waive all provisions of law related to the disclosure hereby authorized.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If the patient unable to sign, give reason \_\_\_\_\_

Signature of legally authorized representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_ Witness Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PLEASE ADDRESS REPLIES TO THE ATTENTION OF: **MEMORIAL CANCER CENTER**  
**RADIATION ONCOLOGY**  
**2450 S. TELS HOR BLVD, BLDG B**  
**LAS CRUCES, NM 88011**

# 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 eficiencia 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 agencia 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 (SPA)  
892-050 (Rev. 05/21) Page 1 of 3



 Memorial  
Medical Center  
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

# CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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, anestesiólogos, 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 ALTA:** 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.

Consent for Services and Financial Responsibility (SPA)

892-050 (Rev. 05/21) Page 2 of 3



CONSERV

 Memorial  
Medical Center  
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

# CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

17. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS:** Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, videos u otras imágenes cuando mi médico lo estime necesario con fines médicos antes, durante o después de un procedimiento. Esto se hace para contar con documentación sobre mi tratamiento y problema médico, y se conservará como parte de mi historia clínica.
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

Consent for Services and Financial Responsibility (SPA)

892-050 (Rev. 05/21) Page 3 of 3



CONSERV

 Memorial  
Medical Center  
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

**Memorial Cancer Center  
Radiation Oncology Department**

**RECONOCIMIENTO DE HIPAA, CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLÍTICA FINANCIERA**

- I. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Por la presente otorgo consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) necesarios o recomendables. Por la presente consiento a que se lleven a cabo todos los procedimientos de enfermería y técnicos y los estudios que indique(n) mi(s) médico(s). Entiendo que mis cuidados médicos podrían requerir la obtención de muestras de mi cuerpo, incluyendo fluidos o tejidos. Esto incluye si hubiera que extraer sangre o remover tejidos durante las pruebas, tratamiento o intervenciones quirúrgicas. Además, entiendo que si alguien de entre el personal médico u alguna otra persona(s) se hubiera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se analizará mi sangre para detectar infecciones de transmisión hemática, Hepatitis C y VIH/SIDA entre otras. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y admito que no se me han dado garantías con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes. Tengo derecho a rehusar que se me hagan estudios o tratamientos (dentro de lo permitido por la ley) y a que me digan lo que pudiera suceder si lo hago. Tengo derecho a que no me saquen fotografías ni videos a no ser que yo dé mi consentimiento, excepto lo necesario para mi tratamiento. Es mi intención que este consentimiento permanezca en vigor incluso después de que se haya llegado a un diagnóstico concreto y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en plena vigencia hasta que se revoque por escrito.
- II. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos emplear y divulgar información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En el Aviso hay una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Reconocimiento. Los términos del Aviso podrían cambiar; si cambiamos el aviso, usted puede solicitar una copia de la versión revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina o recibirá el nuevo aviso la siguiente vez que lo traten en nuestra oficina. La Clínica provee este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente entiende que:

\_\_\_\_\_  
Iniciales  
del  
paciente

- La clínica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la posibilidad de revisar este aviso.
- La información de salud protegida se puede divulgar o emplear para fines de tratamiento, pago o actividades sanitarias.
- La clínica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad.

Doy permiso para que se divulgue mi Información Protegida de Salud para comunicar los resultados, conclusiones, y decisiones de cuidados médicos a las personas enumeradas a continuación. Favor de tener en cuenta que esto no autoriza a estas personas a obtener copias de mis expedientes médicos sin una autorización mía completa y válida.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO

**III. ELECCIÓN DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a la Clínica a que provea una copia del expediente de mi tratamiento médico y un resumen del expediente de cuidados a mi(s) médico(s) de cabecera, a mi(s) médico(s) especialistas y/o a cualquier otro proveedor de cuidados de salud o centros de salud para facilitar mi tratamiento y la continuidad de cuidado. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial relacionada con el VIH e información acerca de enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o de la dependencia de drogas o alcohol, información acerca de la salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información de pruebas genéticas, y/o información sobre abortos. El resumen de los cuidados consiste en información de mi expediente médico e incluye, entre otras cosas, información acerca de procedimientos y pruebas de laboratorio llevados a cabo en este episodio de mi cuidado, mi plan de tratamiento, una lista de mis problemas actuales y pasados, y mi lista actual de medicamentos. Entiendo que puedo, pidiéndolo por escrito a la Clínica, revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence automáticamente un año después de la fecha en que termine el episodio de tratamiento actual.

**IV. PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIO(S) DE INFORMACIÓN DE SALUD:** Puede ser que las leyes estatales y federales permitan que esta Clínica participe en organizaciones con otros profesionales médicos, aseguradores, y/u otros miembros de la industria de cuidados de salud y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan unos con otros información acerca de mi salud para alcanzar objetivos que podrían incluir, entre otras cosas: mejorar la precisión y disponibilidad de mis expedientes médicos; acortar el tiempo necesario para acceder a mi información; consolidar y comparar mi información para mejorar la calidad; y cualquier otro motivo que permita la ley. Por este medio autorizo a la Clínica a proveer una copia de mi expediente médico, o partes del mismo, a cualquier intercambio o red de información de salud en el cual participe la Clínica y a cualquier otro participante en dicho intercambio o red de información de salud con vistas al tratamiento, pago, atención médica, y los objetivos mencionados antes, y en conformidad con los términos del convenio de participación de ese intercambio o red de información de salud. La lista completa de intercambios y/o redes de información de salud en los cuales participa la Clínica se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en la página web de la Clínica, y esta lista se pondrá al día de vez en cuando, cada vez que la Clínica participe en nuevos intercambios o redes de información de salud. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial acerca VIH y otra información sobre enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o dependencia de drogas o alcohol, información acerca de salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información sobre pruebas genéticas, y/o información acerca abortos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence cuando se revoque.

V. **COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO:** Si en algún momento doy una dirección de correo electrónico o de mensajes de texto donde se me pueda contactar, estoy dando consentimiento a recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo entre otras cosas comunicados sobre facturación y pago de artículos y servicios, a menos que notifique a la Clínica lo contrario por escrito. En esta sección, las llamadas y mensajes de texto incluyen, entre otras cosas, mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos telefónicos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto, o mediante cualquier otra forma de comunicación electrónica de la Clínica, sus filiales, contratistas, prestadores de servicios, proveedores de servicios clínicos, abogados, o agentes, incluidas las agencias de cobro. La Clínica se puede poner en contacto conmigo por correo electrónico y/o por mensaje de texto para recordarme una cita, para pedir comentarios sobre mi experiencia con el equipo de salud de la Clínica y para mandarme recordatorios o información sobre salud en general.

VI. **POLÍTICA FINANCIERA:** El abajo firmante, en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar a la Clínica conforme a sus tarifas y términos normales, y si la factura se envía a un abogado o agencia de recaudación, a pagar honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudación. El abajo firmante por la presente transfiere a la Clínica todos los beneficios del seguro por los servicios prestados.

- La Clínica mandará el cobro al seguro como cortesía hacia usted; sin embargo, usted es responsable de la factura completa. **Todos los copagos, deducibles no pagados, y otros servicios que son responsabilidad del paciente se deberán pagar en el momento de la visita.** Si su compañía de seguros aplica los cargos facturados a su deducible, deniega los servicios, o considera que los servicios no están cubiertos, usted es responsable del pago del servicio. **Si no tiene seguro, se espera que pague la factura completa al momento de la visita.**
- En caso de que su compañía de seguros no pague el reclamo en un plazo razonable (45-60 días), usted podría ser responsable de la factura. Si no se recibe pago del garante en un tiempo razonable, o si nos devuelven el correo por no poderse entregar, le pasaremos su factura a una agencia de cobros independiente.
- Si su plan de seguro requiere una remisión o autorización previa, debe presentarla junto con su identificación del seguro en cada visita. Si no tiene la remisión al llegar a la cita, usted es responsable del pago de la visita.
- A los cheques rechazados se les impondrá un sobrecargo. Podría cobrarse una cuota por citas a las que no acuda.

VII. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, Y SOLICITUDES DE PAGO:** Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de salud a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras para el pago de reclamos de Medicare, o a la agencia estatal adecuada para el pago de reclamos de Medicaid. Certifico que la información que di al solicitar pago bajo Título XVIII del la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios asignados.

Acuso recibo del Formulario de Reconocimiento y Consentimiento. También reconozco que se me ha dado oportunidad para hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación al paciente (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

---

**SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA**

Marque si el paciente decidió no llevarse una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Indique el motivo de la negativa, si lo conoce:

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (empleado)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (empleado) en letra de imprenta

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

**Memorial Cancer Center  
Radiation Oncology Department**

**Temas a discutir acerca de LifePoint Health Information Exchange**  
(Intercambio de Información sobre la Salud de LifePoint, o HIE por sus siglas en inglés)

**¿Qué es un Intercambio de Información sobre la Salud (HIE, por sus siglas en inglés)?**

Un HIE es un producto que permite almacenar y compartir —de manera segura y controlada— los datos médicos de un paciente.

**¿Por qué me conviene participar en el HIE?**

Al dar su autorización, usted asegura que los profesionales de la salud que participan en su cuidado (incluyendo el tratamiento en sí, además de los pagos y procesos de su cuidado) puedan tener acceso rápido y completo a toda su información médica, lo que les permitirá tomar las mejores decisiones acerca de su salud y su tratamiento.

**¿Quién tendrá acceso a esta información?**

Una vez otorgado su consentimiento, su información médica quedará disponible para los profesionales de la salud que le estén brindando atención, a través de un sitio web seguro.

**¿Sólo estarán disponibles mis expedientes para mis proveedores de servicios médicos?**

¡Exacto! La información *únicamente* la usarán los profesionales de la salud y su equipo para hacer recomendaciones acerca de su tratamiento. Es la misma información que los profesionales podrían obtener usando medios como el correo o faxes, por ejemplo, pero si usted participa en el HIE, ellos pueden acceder a la información de forma segura y mucho más rápida.

**¿Puedo elegir cuál información aparecerá en el HIE y cuál no?**

No. Si usted elige dar su consentimiento, toda su información médica será compartida —aunque esa información sólo podrá ser revisada por profesionales de la salud autorizados. Para tener acceso a sus expedientes, ellos tienen que entrar a un sitio de internet seguro y cifrado. Además, existe un sistema para monitorear el flujo de información que permite saber quién se ha conectado y ha accedido a la información.

**Si no diera mi autorización, ¿afectaría de alguna forma la atención que recibiría?**

De ninguna manera. Su participación es completamente voluntaria. Usted recibirá los mismos cuidados médicos independientemente de si autoriza o no su participación en el Intercambio de Información sobre la Salud. Sin embargo, es importante notar que, mientras más completa sea la información que obtenga su profesional de la salud, mejores serán las decisiones médicas y recomendaciones que éste podrá darle.

**Si cambio de opinión, ¿puedo cancelar mi autorización?**

Sí. Usted tiene el derecho de revocar su consentimiento en el momento que lo desee. Una vez documentada la rescisión, los proveedores de la salud dejarán de tener acceso a sus expedientes. Por favor tome en cuenta que sus datos médicos podrían ya haber sido compartidos con otros profesionales participantes durante el período en que estuvo autorizado el intercambio de información.

DECISIÓN DE **NO** PARTICIPAR EN LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Se me informó de mi derecho a rehusarme a participar en los intercambios de información sobre la salud (HIE, *Health Information Exchanges*), así como de las posibles ventajas de participar en ellos. Entiendo que puedo cambiar de opinión y elegir participar en cualquier momento. Para ello, debo dar aviso por escrito al encargado de la privacidad (*Privacy Officer*) del Memorial Medical Center.

Acepto que mi decisión de rehusarme a participar en los Health Information Exchanges no afecta la capacidad del Memorial Medical Center para divulgar la información sobre mi salud que las leyes permiten de otra manera.

Por ahora, me **rehúso** a participar en los Health Information Exchanges.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante

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