

### INFORMACIÓN PARA PACIENTE ADULTOS

Complete la información sobre el paciente a continuación para que podamos comunicarnos con usted de acuerdo con nuestras necesidades y sus preferencias.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Farmacia principal: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia:

(Dirección)

(Ciudad)

(Código postal)

Referido por: \_\_\_\_\_

### COMUNICACIÓN DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

Indique solamente los numeros de telefono en los cuales pueda aceptar llamadas de nuestra oficina. También indique si podemos dejarle un mensaje.

Numero de contacto de preferencia \_\_\_\_\_ Casa \_\_ Cel \_\_ Trabajo \_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Sí \_ No \_

Otro número de contacto \_\_\_\_\_ Casa \_\_ Cel \_\_ Trabajo \_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Sí \_ No \_

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

## COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Indique su dirección de correo electrónico si acepta la comunicación por correo electrónico con la Dr. Ahumada.

Dirección de correo electrónico (escriba con cuidado) \_\_\_\_\_

*•Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que usted incluye en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por terceros, además de la persona a la que se dirige.*

*• Las comunicaciones a través de Gmail u otras comunicaciones por correo electrónico no están cifradas, pero aún se consideran parte de su registro de salud.*

*•Cualquier mensaje de texto o correo electrónico iniciado por usted mismo es un consentimiento implícito para recibir comunicaciones electrónicas de nuestra oficina en el mismo medio, es decir, enviar un correo electrónico a la página web de la Dr. Ahumada página implica un acuerdo para recibir una respuesta a través de Gmail*

*•Los correos electrónicos no se deben utilizar para transmitir información sensible o para discutir asuntos urgentes o de emergencia. Llame a la oficina para hablar con la Dr. Ahumada sobre su atención médica.*

He leído, entiendo y acepto las pautas anteriores sobre comunicaciones electrónicas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_.

### **Cancelaciones tardías, citas no asistida y fuente de pago**

**Usted se le cobrará por las citas perdidas a menos que usted PROPORCIONE UN AVISO DE 24 HORAS. EL AVISO DE 24 HORAS PUEDE SER DADO EN CUALQUIER MOMENTO A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO POR MENSAJE DE TEXTO A: [hello@zorayaahumadamd.com](mailto:hello@zorayaahumadamd.com) o (346) 7040077**

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE LA COMPAÑÍA DE SEGURO NO reembolsará por citas no asistidas.** Al firmar, usted ACEPTA QUE TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD Y QUE PRESENTAR EL REEMBOLSO DEL SEGURO MÉDICO FUERA DE LA COBERTURA ES SU RESPONSABILIDAD SI USTED ELIGE HACERLO.

Firma del responsable financiero: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del responsable financiero \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Si es diferente a la dirección dada anteriormente, especifique:

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido de contacto \_\_\_\_\_

Información demográfica y clínicas

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Educación \_\_\_\_\_ Religión (opcional) \_\_\_\_\_

Estado civil: soltero \_\_\_ casado \_\_\_ union civil \_\_\_ separado \_\_\_ divorciado \_\_\_ viudo \_\_\_

Nombre de esposo/a o pareja \_\_\_\_\_

Ocupación de esposo/a o pareja \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Favor enumerar todos individuos que viven en su hogar incluyendo padres, hijos, parejas, cónyuge etc.

Nombre	Edad	Relación	Ocupación

Enumere todos los miembros de la familia que no vivan en su hogar actual.

Nombre	Edad	Relación	Ocupación

¿Cómo fue referido?

\_\_\_\_\_

—

Describa brevemente el problema o la situación que lo llevó a buscar tratamiento:

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

¿Usted ha experimentado este problema alguna vez? Si es así, ¿cuándo y qué tratamiento recibió, si lo hubo?

---

—

---

—

¿Tiene usted algún tratamiento en particular en mente? Si es así,  
¿Cual?

---

—

Nombre del médico de cabecera/familiar:

Nombre de otros médicos o terapistas actuales:

### **Puntos que debe recordar para pacientes**

1. Notificar a la Dra. Ahumada si usted nota cambios significativos en su condición psiquiátrica o médico.
2. Notifique a la Dra. Ahumada si sospecha o sabe que usted está embarazada. El embarazo afectará las recomendaciones de tratamiento
4. Si usted siente que corre el riesgo de lastimarse a usted mismo o a otros, notificar a la Dra. Ahumada inmediatamente.
5. Si algún medicamento hace que usted se sienta somnoliento o que disminuye la velocidad de su tiempo de reacción, abstenerse de conducir y notifique a la Dra. Ahumada. También notifique a la Dra. Ahumada si sus medicamentos causan otros efectos secundarios significativos.
6. Si usted quiere aumentar, disminuir o interrumpir el régimen de la medicación prescrita o comenzar un nuevo medicamento / suplemento / remedio "natural", llame primero. La gestión de medicamentos es un proceso colaborativo. Los cambios sin consulta son potencialmente peligrosos y pueden interferir con nuestra capacidad para trabajar juntos.

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

7. Se aconseja que usted no tome alcohol mientras esté tomando medicamentos psiquiátricos.

8. Tenga en cuenta que nuestra oficina no proporciona llamadas de recordatorio acerca de su próxima cita. Usted será responsable de realizar un seguimiento de ello.

9. Todas las cancelaciones se realizan llamando o enviando un mensaje de texto a la Dra. Ahumada al ( 346) 704-0077 o enviando un correo electrónico a [hello@zorayaahumadamd.com](mailto:hello@zorayaahumadamd.com).

***He leído y entiendo los puntos anteriores para recordar.***

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**

### **Honorarios Profesionales (Desde agosto 1 de 2018)**

***Consulta telefónica inicial y screening: Gratis***

***Consulta/evaluación psiquiátrica inicial(Adulto de 21 años en adelante):***

Consulta o evaluación inicial: **60 minutos**. La sesión consiste en obtener un historial clínico importante, incluyendo información colateral si es necesario y proveer un diagnóstico, y crear un plan de tratamiento con recomendaciones. **\$400**

Dependiendo de la complejidad de la consulta, a veces se puede necesitar una segunda sesión que se cobrará a la tarifa de la hora de **\$400**.

**• El contenido de las sesiones puede variar según la discreción del proveedor.**

Si, después de la consulta en persona, usted considera que la Dra. Ahumada es un proveedor apropiado para el paciente, se aplicarán las siguientes tarifas para las visitas de seguimiento:

**Psicoterapia (varias modalidades): \$ 300 por sesión (generalmente 45 minutos)**

**Administración de medicamentos: \$ 200 por sesión (típicamente 20-30 minutos).**

**Manejo combinado de medicamentos y psicoterapia: \$ 300 por sesión (típicamente 45 minutos)**

### **Formularios y cartas:**

Los pacientes frecuentemente solicitan formularios y cartas para asuntos relacionados con la escuela, el trabajo o el seguro. Si el tiempo lo permite, se pueden completar formularios breves durante el tiempo asignado para su cita y no habrá cargo adicional. Los formularios y cartas más largos se realizarán fuera de los horarios de las citas y la sensación se basará en el tiempo necesario para completar estos servicios.

- Simple (menos de 5 minutos) Sin cargo
- Moderado (5-15 minutos) \$ 30
- Largo (15-30 minutos) \$ 75
- Complejo (más de 30 min) \$ 150 / hora

### **Llamadas**

Las llamadas telefónicas breves son una parte importante del monitoreo de la reacción del individuo al tratamiento. Estas llamadas deben realizarse durante el horario habitual de oficina y no hay tarifa. Si no estoy disponible para recibir la llamada, haré todo lo posible para devolver la llamada ese mismo día o por la noche. Si las llamadas aumentan en duración y frecuencia, esto puede ser una señal de que necesita ser visto antes. Se le pedirá que programe una cita. Las llamadas que no son de urgencia realizadas fuera del horario de atención se facturará a \$300 por hora.

### **Copia de registros:**

Los registros pueden ser copiados con previa solicitud por escrito. Por lo general, toma una semana para hacer copias. Las copias de la historia clínica se pueden recoger en la oficina o enviar por correo, pero no se enviarán por fax. La tarifa por copiar es:

- \$ 25.00 por las primeras 20 páginas
- \$ 0.50 por cada página subsiguiente

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

#### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LAS TARIFAS PROFESIONALES**

El propósito de este acuerdo es aclarar sus responsabilidades financieras y permitirnos concentrarnos en lo que es más importante para todos nosotros: Ayudarle.

Se acepta el pago en el momento del servicio. Los métodos de pago aceptados incluyen efectivo, cheque, pagos a través de Zelle, al igual que con las principales tarjetas de crédito.

Si prefiere usar Zelle o Paypal, especifique aquí

\_\_\_\_\_ (correo electrónico o número de teléfono) al que está vinculado en su cuenta de Zelle y se le solicitará el pago después de la visita.

Usted puede pagar directamente a la Dra. usando este email: [hello@zorayaahumadamd.com](mailto:hello@zorayaahumadamd.com)

**Tenga en cuenta que hay una tarifa de tarjeta de crédito del 3,5% si utiliza una tarjeta de crédito para el pago. Los cheques deben hacerse a nombre de Zoraya Ahumada MD PLLC.** Se recomienda hacer que la oficina cargue su tarjeta de crédito en el momento que se da el servicio ya que simplifica el proceso de pago para usted y la oficina.

**YO ENTIENDO QUE SE ME COBRARÁ EL CARGO CITA COMPLETA POR CITA PERDIDA Y CANCELACIONES CON MENOS DE 24 HORAS DE ANTELACIÓN.** Soy consciente de que el seguro no reembolsará los cargos por citas perdidas o cancelaciones tardías.

**ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR A ESTA OFICINA TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA OBTENER LA PREAUTORIZACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO.**

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

Entiendo que se me puede cobrar por el tiempo necesario para obtener la autorización previa.

**Entiendo que hay un cargo de \$ 25 más cualquier cargo bancario que pueda aplicar para cheques devueltos con fondos insuficientes.**

La oficina solicita mantener la información de su tarjeta de crédito archivada para cobrar las citas no asistidas o las cancelaciones tardías.

Autorizo a Zoraya Ahumada MD PLLC a cargar mi tarjeta de crédito.

El número de mi tarjeta de crédito es \_\_\_\_\_ Autor # \_\_\_\_\_ Exp \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en avisar a la Dra. Ahumada cuando llegue cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono, estado civil o parte responsable que haya ocurrido desde mi última cita.

La responsabilidad financiera por la prestación de servicios es su responsabilidad al igual que pedir su reembolso al seguro médico. No facturamos directamente a la compañía de seguros. Su estado de cuenta o recibo contiene toda la información necesaria para enviar la forma a su seguro.

Aunque los intereses no se cobrarán de forma rutinaria, nos reservamos el derecho de cobrar intereses a una tasa del 10% anual y facturar todos los gastos incurridos si su cuenta debe ser transferida a cobros y / o un abogado. Del mismo modo, le cobraremos por recuperar los cargos por cheques devueltos.

Si tiene alguna pregunta sobre este acuerdo, no dude en hablar con la Dra. Ahumada.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **CONFIDENCIALIDAD**

### **POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

En general, las comunicaciones entre un paciente y un proveedor de salud mental son confidenciales y no pueden ser divulgadas sin su consentimiento, o según lo disponga la ley.

Hay excepciones a la regla general de confidencialidad que requeriría que el proveedor de salud mental informe sus inquietudes sin el consentimiento del paciente. Estas ocasiones incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- Creencia de que el abuso infantil ha ocurrido o puede ocurrir
  - Creencia de que una persona mayor o con una discapacidad mental ha sido o puede ser víctima de abuso
  - Informes de un paciente sobre posible abuso o explotación sexual por parte de un Terapeuta anterior.

Una instancia en la que se considere que representa un peligro inminente para usted u otra persona puede resultar en una pérdida de confidencialidad, y su médico puede verse obligado a divulgar sus registros, a realizar una deposición y / o declarar ante un tribunal.

De manera similar, si está involucrado en una demanda que afecte a la relación padre-hijo, su médico / terapeuta puede verse obligado a divulgar sus registros, hacer una deposición y / o declarar ante el tribunal.

Se aplican reglas especiales a los menores de edad: por ley, un padre tiene derecho a la

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

historia clínica del niño, a menos que este derecho haya sido limitado por una acción judicial. Los padres, por otro lado, pueden acordar que durante el curso del tratamiento dado a un niño menor de edad, renunciará al derecho a la historia clínica de su hijo. Descubrí que su renuncia ayuda a que se desarrolle un trabajo clínico útil.

Si tiene alguna pregunta o desea más información, no dude en preguntar.

Reconocimiento por el paciente: He leído lo anterior y entiendo mis derechos como un paciente.

---

Firma del paciente

Fecha

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad que es Zoraya Ahumada MD 4550 Post Oak Place Dr., ste 252, Houston, TX, 77027 (346) 704-0077**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y con los servicios de atención médica relacionados.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. A su solicitud, le proporcionaremos cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. Puede solicitar una versión revisada ingresando a nuestro sitio web o llamando a la oficina y solicitando que se le envíe una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de su próxima cita.

#### **1. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica. Su información de salud protegida también se puede usar y divulgar para pagar sus facturas de atención médica y para respaldar el funcionamiento de la práctica de su médico.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida que el consultorio de su médico puede realizar. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con otro proveedor. Por ejemplo, divulgaremos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. También divulgaremos información médica protegida a otros médicos que lo estén tratando. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser provista a un médico al que lo han remitido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar. Además, podemos divulgar su información de salud protegida de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a solicitud de su médico, se involucra en su atención brindándole asistencia con su diagnóstico o tratamiento de atención médica a su médico.

**Pago:** Su información médica protegida se usará y divulgará, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de atención médica que le brindamos nosotros o algún otro proveedor. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede emprender antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, tales como: determinar la elegibilidad o cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le proporcionaron por necesidad médica, y realizar actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

**Operaciones de atención médica:** podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, actividades de recaudación de fondos y realización o organización de otras actividades comerciales.

Compartiremos su información médica protegida con “socios comerciales” de terceros que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o transcripción) para nuestra práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implique el uso o divulgación de su información de salud protegida, tendremos un contrato por escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que no se le envíen estos materiales.

Podemos usar o divulgar su información demográfica y las fechas en que recibió tratamiento de su médico, según sea necesario, para contactarlo para actividades de recaudación de fondos respaldadas por nuestra oficina. Si no desea recibir estos materiales, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad y solicite que no se le envíen estos materiales de recaudación de fondos.

**Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que pueden hacerse**

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización u oportunidad de aceptar u objetar. Estas situaciones incluyen:

**Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida en la medida en que la ley exija el uso o la divulgación. El uso o la divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, si así lo exige la ley, de dichos usos o divulgaciones.

**Salud:** podemos divulgar su información médica protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar o recibir la información. Por ejemplo, se puede hacer una divulgación con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Enfermedades transmisibles:** Podemos divulgar su información médica protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otra manera pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.

**Supervisión de la salud:** podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

**Abuso o negligencia:** podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se realizará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

**Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar su información médica protegida a una persona o compañía requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el propósito de calidad, seguridad o efectividad de productos o actividades regulados por la FDA, entre ellos, para informar eventos adversos y defectos del producto. o problemas, desviaciones de productos biológicos, para rastrear productos; para permitir el retiro

de productos; para hacer reparaciones o reemplazos, o para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización, según sea necesario.

**Procedimientos legales:** Podemos divulgar información médica protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), o en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley:** También podemos divulgar información médica protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de aplicación de la ley. Estos propósitos de aplicación de la ley incluyen (1) procesos legales y de otro modo requeridos por la ley, (2) solicitudes de información limitada para propósitos de identificación y ubicación, (3) relacionadas con víctimas de un delito, (4) sospecha de que ha ocurrido una muerte como resultado de conducta criminal, (5) en el caso de que ocurra un delito en las instalaciones de nuestra práctica y (6) emergencia médica (no en las instalaciones de nuestra práctica) y es probable que haya ocurrido un delito.

**Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, determinando la causa de la muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar información médica protegida a un director de servicios funerarios, según lo autorice la ley, para permitir que el director de servicios funerarios desempeñe sus funciones. Podemos divulgar dicha información en anticipación razonable de la muerte. La información médica protegida puede ser utilizada y divulgada para donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

**Investigación:** podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica protegida.

**Actividad criminal:** De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica protegida, si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información médica protegida si es necesario para que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.

**Actividad militar y seguridad nacional:** cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar información médica protegida de individuos que son personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que las autoridades de comando militar pertinentes consideren necesarias; (2) para el propósito de una determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para los beneficios, o (3) a la autoridad militar

extranjera si usted es miembro de los servicios militares extranjeros. También podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluso para la prestación de servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

**Compensación para trabajadores:** Podemos divulgar su información médica protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores y otros programas similares establecidos legalmente.

**Reclusos:** podemos usar o divulgar su información médica protegida si usted está recluido en una institución correccional y su médico creó o recibió su información médica protegida en el curso de la atención que le brindamos.

### **Usos y divulgaciones de información de salud protegida según su autorización por escrito**

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o requiera lo contrario, según se describe a continuación. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida por los motivos

cubiertos por su autorización por escrito. Comprenda que no podemos recuperar las divulgaciones ya realizadas con su autorización.

### **Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que requieren que se le brinde la oportunidad de aceptar u objetar.**

Podemos usar y divulgar su información médica protegida en los siguientes casos. Usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación de toda o parte de su información de salud protegida. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la protección información de salud, luego su médico puede, con criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted.

**Directorios de instalaciones:** a menos que usted se oponga, usaremos y divulgaremos en nuestro directorio de instalaciones su nombre, la ubicación en la que recibe la atención, su estado general (como justo o estable) y su afiliación religiosa. Toda esta información, excepto la afiliación religiosa, se divulgará a las personas que lo soliciten por su nombre. Su afiliación religiosa sólo se otorgará a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino.

**Otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención:** a menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida

que se relacione directamente con la participación de esa persona en su cuidado de la salud. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que está en su mejor interés en función de nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

## 2. SUS DERECHOS

Lo siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida.** Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida durante el tiempo que mantengamos la información médica protegida. Puede obtener su registro médico que contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su médico y la práctica usen para tomar decisiones sobre usted. Según lo permitido por la ley federal o estatal, podemos cobrarle una tarifa de copia razonable por una copia de sus registros.

Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: **notas de psicoterapia**; información compilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo; y los resultados de laboratorio que están sujetos a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida. Dependiendo de las circunstancias, la decisión de denegar el acceso puede ser revisable. En algunas circunstancias, es posible que tenga derecho a que se revise esta decisión.

Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico.

**Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida.** Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si su médico acepta la restricción solicitada, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida en violación de esa restricción, a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que desee solicitar con su

médico. Puede solicitar una restricción discutiendo con la Dra. Ahumada.

**Usted tiene el derecho de solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa.** Vamos a acomodar las solicitudes razonables. También podemos condicionar esta adaptación solicitando información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le solicitaremos una explicación sobre la base de la solicitud. Por favor haga esta solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

**Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información médica protegida.** Esto significa que puede solicitar una modificación de su información médica protegida en un registro designado durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre la modificación de su registro médico.

**Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, en su caso, de su información médica protegida.** Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica según se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Excluye las divulgaciones que le hayamos hecho si usted nos autorizó a hacer la divulgación, para un directorio de instalaciones, a familiares o amigos involucrados en su cuidado, o con fines de notificación, para seguridad nacional o inteligencia, para hacer cumplir la ley (según lo previsto en la regla de privacidad) o instalaciones correccionales, como parte de una divulgación de conjunto de datos limitada. Tiene derecho a recibir información específica sobre estas divulgaciones que se produzcan después del 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

**Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra,** previa solicitud, incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica.

### **3. QUEJAS**

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad, Zoraya Ahumada MD al (346)704-0077 para obtener más información sobre el proceso de quejas.

Este aviso fue publicado y entró en vigencia el 8/1/2018.

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Zoraya Ahumada MD PLLC vigente desde el primero de agosto del 2018.

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

\_\_\_\_\_

Relación / autoridad (si está firmada por un representante autorizado)

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

Como usted sabe, comparto Una oficina con múltiples proveedores. Soy un profesional de práctica independiente y comparto solo espacio de oficina. Soy completamente independiente en proporcionarle servicios clínicos y solo yo soy completamente responsable de esos servicios. Mis registros profesionales se mantienen por separado y nadie más puede tener acceso a ellos sin su permiso específico por escrito.

El paciente o persona responsable (padre, tutor legal o tutor) firmante autoriza y autoriza los servicios de Zoraya Ahumada MD. Estos servicios pueden incluir psicoterapia, terapia con medicamentos, pruebas de laboratorio, procedimientos de diagnóstico y otras terapias alternativas apropiadas.

El abajo firmante entiende que él / ella tiene derecho a:

1. Ser informado y participar en la selección de las modalidades de tratamiento.
2. Recibir una copia de este consentimiento.
3. Retirar este consentimiento en cualquier momento.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha firmada

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha firmada

**Autorización para obtener/divulgar información de  
atención médica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a Zoraya Ahumada MD para divulgar mi información de atención médica

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

para obtener información de atención médica de los siguientes: (indique la información de contacto de su médico de atención primaria, especializada, o terapeuta)

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código postal \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorización se aplica sólo a la siguiente información de salud protegida:

Historial y examen físico  Reporte de laboratorio  Consultas

Resumen de alta del hospital  Órdenes médicas  Notas de evolución

Reportes psicológicos  Reporte/exámenes psiquiátricos

Evaluación psiquiátrica  Pruebas psicoeducativas o Neuropsiquiátricos

Pruebas psicológicas  Comunicación verbal

Durante el siguiente período o fechas: \_\_\_\_\_

Cada declaración de consentimiento escrito del paciente debe estar acompañado de esta declaración por escrito: Esta información le ha sido divulgada de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o según lo permita 42 C.F.R Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. [52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987]

**Propósito (s) de esta divulgación: continuidad de la atención y colaboración**

Autorización vence: \_\_\_\_\_

Entiendo que, a menos que ya se haya tomado una decisión en relación con esta autorización, puedo revocar esta autorización en cualquier momento haciendo una solicitud por escrito a la Dra. Zoraya Ahumada.

Entiendo que la Dra. Ahumada no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios dependiendo si firmo esta autorización, a menos que mi tratamiento esté relacionado con la investigación y el propósito de esta autorización sea permitir que se use la información de salud protegida descrita anteriormente para tal investigación.

Entiendo que la información divulgada en base a esta autorización puede estar sujeta a una

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Firma (paciente o representante autorizado) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Relación / autoridad (si está firmada por un representante autorizado): \_\_\_\_\_

Me gustaría obtener una copia de esta autorización firmada: Sí \_\_\_ No \_\_\_

### Consentimiento de telemedicina

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

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

Telemedicina es el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro a través de medios electrónicos.

Comunicaciones para mejorar el estado de salud de los pacientes.  
Videoconferencia, transmisión de imágenes fijas,

Salud electrónica, incluidos portales de pacientes, monitoreo remoto de signos vitales, educación médica continua y los centros de atención de enfermería se consideran parte de la telemedicina. Lo siguiente se incluye cuando se usa telemedicina:

1. Entiendo que puede haber limitaciones en la calidad de imagen u otros problemas electrónicos que están más allá del control del proveedor de atención médica.

2. Entiendo que existen riesgos potenciales de encuentros de telemedicina, incluidos, entre otros, a:

- Desglose del equipo (ej: cortes de energía impredecibles)
- Violaciones de seguridad y privacidad (por ejemplo: el uso de la telemedicina nunca es 100% seguro).

3. Entiendo que en lugar de este encuentro de telemedicina, puedo buscar atención médica en otro lugar donde podría tener contacto cara a cara con el proveedor de atención médica.

Zoraya Ahumada, MD, PLLC  
4550 Post Oak Place Dr., ste 252,  
Houston, TX, 77027  
(346) 704-0077

4. Entiendo que no hay garantías con la telemedicina.

5. Entiendo que el encuentro de telemedicina puede ser una ocurrencia única y que el tratamiento y el seguimiento cara a cara seguirán siendo el método preferido de tratamiento con la Dra. Ahumada.

6. Entiendo que debo tener una cita de seguimiento cara a cara al menos una vez al año.

7. Entiendo que se me cobrará como si fuera a ver a la Dra. Ahumada en su oficina, incluido el no show/política de cancelación.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior, incluidos los riesgos asociados con la conexión de Medicina online y aún quisiera continuar con el uso de la telemedicina.

---

Firma del paciente o representante legal

---

Fecha