



Clínica West Valley: 623-226-8804

Clínica East Valley: 480-565-2276

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra clínica. Nos complace que nos haya elegido para su terapia de mano. Nuestro objetivo es darle la atención de más alta calidad en un ambiente limpio y profesional. Antes de comenzar su programa de tratamiento, se realizará una evaluación para determinar sus necesidades individuales. Es importante que venga a su evaluación con al menos 15 minutos de anticipación para completar los trámites necesarios.

Citas. Nuestros pacientes son atendidos solo por cita. La puntualidad es fundamental. Si llega tarde puede que sea necesario acortar sus sesiones de terapia para no afectar a otros pacientes con las citas programadas.

Política de asistencia. Es muy importante que usted asista a todas sus citas programadas. Si usted no puede asistir, le pedimos que llame **al menos 24 horas antes** para que podamos llenar el espacio programado con otro paciente y programar una cita de compensación para usted.

Asistencia inconsistente. Si usted no se presenta a su cita regular, no llama con 24 horas de anticipación, o es inconsistente en asistir a la terapia, puede ser dado de alta del tratamiento. Su médico y/o trabajador social será notificado y no podrá volver a la terapia si no tiene una nueva orden del doctor

Asistencia regular y participación activa. Es necesario que usted obtenga el máximo beneficio de la terapia en su programa de tratamiento. También es importante que tenga una comunicación abierta con su terapeuta acerca de la terapia proporcionada y de cualquier duda que pueda tener para que la terapia pueda ser diseñada para satisfacer sus necesidades.

Cuidado de la férula. Si su férula provoca cualquier enrojecimiento o irritación, por favor póngase en contacto con nosotros tan pronto como sea posible a fin de que podamos modificar su férula, pero recuerde que toma tiempo adaptarse a usar una férula. Por favor mantenga su férula lejos de fuentes de calor, como agua caliente, salpicaderos de automóviles y el sol, porque esto causará que la férula se ablande y pierda su forma. La férula puede limpiarse con agua jabonosa fresca o podemos limpiar su férula durante su próxima visita de terapia. Si la férula tiene bandas de goma, deben ser sustituidas una vez a la semana con el mismo tamaño de bandas de goma. Un tirón constante ligero en los dedos durante un largo periodo de tiempo es mejor que un tirón duro por un período más corto. Por favor traiga su férula a todas sus sesiones de terapia.

Esperamos con interés trabajar con usted.



## Las responsabilidades financieras y seguro del paciente

Comprendo que se espera que pague los servicios al momento del servicio. Dependiendo de mi plan de seguro, el pago puede realizarse en su totalidad, mediante un copago, una cantidad deducible y/o coseguro.

Si soy un miembro de un plan de seguro con el que Hand Therapy Partners (HTP) no tiene contrato, estaré obligado a pagar por los servicios prestados en su totalidad en el momento del servicio. A continuación, puedo presentar mi solicitud de reembolso.

Si mi compañía de seguros es un plan de salud administrado, es mi responsabilidad asegurarme que las referencias necesarias y/o autorizaciones sean obtenidas antes del tratamiento. Si las referencias adecuadas y/o autorizaciones no se obtienen, mi cita será cancelada o retrasada hasta que esta información sea obtenida. Comprendo que aunque los servicios puedan ser preautorizados, no todos los servicios pueden ser cubiertos o pagados por mi plan de seguros.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica y/o registros necesarios para procesar las reclamaciones de seguros. Autorizo a HTP a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos. También asigno todos los beneficios directamente a HTP. Certifico que la información que me han brindado es correcta y verdadera. Doy mi aprobación a que se haga una copia de esta autorización para usarse en lugar del original. La firma que consigno abajo proporciona también mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo menor de edad.

Si soy beneficiario de Medicare, solicito el pago de beneficios de Medicare autorizados en mi nombre por cualquier servicio que HTP me proporcione y autorizo que HTP brinde a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estas ventajas o beneficios de servicios relacionados.

**Comprendo que soy responsable de cualquier gasto ocasionado por mí y/o mis dependientes. Comprendo que en caso de que mi cuenta esté asignada a una agencia de cobro, estoy de acuerdo en pagar una comisión de cobro adicional del 10% del saldo pendiente asignado. Así mismo, estoy de acuerdo en pagar cualquier interés sobre el saldo principal, costos judiciales y los honorarios de los abogados relacionados con el cobro de mi cuenta.**

---

Firma del Paciente o tutor

Fecha de nacimiento del paciente

---

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha



## Reconocimiento de las Políticas de Privacidad de HIPAA

Comprendo que como parte de mi salud, Hand Therapy Partners (HTP) genera y mantiene los registros de salud describiendo mi historial médico, síntomas, resultados de pruebas y exámenes, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el cuidado futuro o tratamiento.

Comprendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para la aplicación de mis diagnósticos e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual una compañía de seguros puede verificar que los servicios facturados fueron prestados
- Una herramienta para operaciones de cuidado de salud de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Comprendo la información, y me han proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad, que brinda una descripción completa de estos usos y divulgaciones. He revisado el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar abajo. Comprendo que los términos del Aviso de prácticas de privacidad pueden cambiar y luego puedo solicitar una copia de estos cambios por escrito al oficial de privacidad de HTP.

Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones en lo que respecta a la liberación de mi información de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Comprendo que tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, mediante una notificación escrita a HTP.

Doy mi consentimiento para que HTP pueda usar y/o divulgar mi información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Comprendo que tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, mediante el envío de la notificación escrita a HTP.

---

Firma del paciente o representantes personales

Fecha de nacimiento del paciente

---

Nombre del paciente o representante personal en letra de imprenta

Fecha

---

Descripción de la autoridad del Representante Personal



**Autorizaciones para usar o divulgar información de salud protegida**

Clínica West Valley      9130 W Thomas Rd #A-105, Phoenix, AZ 85037    P: 623-226-8804    F: 602-532-7839

Clínica East Valley      430 N Dobson Rd #103, Mesa, AZ 85201      P: 480-565-2276    F: 480-383-6789

Por la presente autorizo el uso y/o la divulgación de toda mi información personal de salud por Hand Therapy Partners como se describe a continuación. Comprendo que esta Autorización es voluntaria. Así mismo comprendo que si la persona u organización autorizada a recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica, la información puede ser divulgada nuevamente y es posible que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.

1. Persona u organización autorizada a recibir la información de salud:

---

---

2. Descripción de cada uno de los fines para los cuales se utilizará/divulgará la información de salud (Nota: No es necesario si la divulgación es requerida por la persona):

---

---

3. Comprendo que la persona u organización a la que autorizo a usar y divulgar la información puede recibir una compensación a cambio de la información de salud descrita anteriormente.

4. Comprendo que puedo negarme firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad de inscribirme en un plan de salud, obtener el tratamiento de cuidado de salud o pago o mi elegibilidad para beneficios.\* (Nota: No es necesario si la divulgación es requerida por la persona).

5. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento previa notificación por escrito a: Cary B. Edgar, Hand Therapy Partners LLC, 3241 E. Camelback Road, Phoenix, AZ 85018. Comprendo que mi revocación no afectará a cualquier medida ya tomada en base a esta autorización.

6. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar cualquier información que será usada o divulgada en virtud de la presente autorización.

7. A menos que sea revocada por escrito, esta autorización expirará automáticamente un año a partir de la fecha que firmaré a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona (o representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, si aplica (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación

\*Un plan de salud puede condicionar la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a un individuo que proporciona una autorización antes de la inscripción si la autorización pedida es para las decisiones de elegibilidad o inscripción del plan relacionadas con el individuo o para sus decisiones de clasificación de riesgos o riesgo de suscripción y la autorización no es para uso o divulgación de notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii)(A&B)).



# Hand Therapy Partners

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Primer nombre de paciente \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Persona Responsable:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Dirección (En caso de ser diferente a la anterior) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de contacto principal \_\_\_\_\_

Seguro de Cobertura Primaria \_\_\_\_\_  
N.º de Identificación del Asegurado \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
Relación del asegurado con el paciente: \_\_\_\_\_

Seguro de Cobertura Secundaria \_\_\_\_\_  
N.º de Identificación del Asegurado \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
Relación del asegurado con el paciente: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de lesión: \_\_\_\_\_ Fecha de operación: \_\_\_\_\_

Está relacionado a un accidente?  Sí  No

Sí se relaciona:  Trabajo  Auto  Otro: \_\_\_\_\_

Área lesionada: \_\_\_\_\_  Izquierda  Derecha

¿Cómo ocurrió la lesión?

---

---

---

Escala de dolor: 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Terapia/Objetivo de la férula:

---

Alergias: \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas actuales:  Hepatitis/VIH  Diabetes  Problemas cardíacos  Cáncer

Otros: \_\_\_\_\_

Medicación actual:

---

¿Está recibiendo o ha recibido servicios médicos en casa recientemente?  Sí  No

¿Está recibiendo o ha recibido otros servicios de terapia recientemente?  Sí  No



## **Usted tiene derecho eive a a recibir una “estimación de buena fe” que le explique cuánto costará su atención médica**

Conforme a la ley, los proveedores de atención médica deben dar a lospacientes que no tienen seguro o que no están usando seguro una estimación de la factura por el uso de insumos y servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe para el costo total esperado de cualquier insumo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados tales como pruebas y equipos médicos, medicamentos recetados, y honorarios del hospital.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le otorgue una estimación de buena fe por escrito al menos un (1) día antes de recibir su servicio médico o insumos. También puede pedir a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, una estimación de buena fe antes de programar un insumo o servicio.
- Si recibe una factura que es por lo menos \$400 superior a lo que indica su estimación de buena fe, puede impugnarla.
- Asegúrese de guardar una copia o foto de su estimación de buena fe.

**Si tiene preguntas o necesita más información sobre su derecho a recibir una estimación de buena fe, ingrese a [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame al 800-985-3059.**



## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

### **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

---

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

#### **Sus derechos**

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

#### **Sus opciones**

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

#### **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos utilizar y compartir su información cuando:



- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

### **Solicitarnos que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

### **Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## **Sus opciones**

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

## **La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.**

### **En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### **Tratamiento**

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### **Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### **Facturar por sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

## **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html)**, disponible en español.

### **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

### **Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

### **Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

### **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html)**, disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

## **Nuestro Oficial de Privacidad**

Nuestro oficial de privacidad, con quien se puede contactar con respecto a cualquier problema de privacidad, es:

Cary Edgar  
Hand Therapy Partners LLC  
522 N Central Ave #679  
Phoenix, AZ 85001  
Email: [cedgar@handtherapypartners.com](mailto:cedgar@handtherapypartners.com)  
Phone: (480) 206-6240

**Fecha de entrada en vigor: A partir del 1 de enero de 2022**