

## Formulario de datos demográficos del paciente para la Práctica Grupal del Profesorado [Faculty Group Practice Patient Demographic Form]

<b>Información del paciente</b> [Patient Information]	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) [Name (Last, First, MI)]				Dirección de correo electrónico [Email address]					
	Dirección [Street Address]				Ciudad [City]		Estado [State]		Código postal [Zip]	
	Teléfono particular [Home Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			Teléfono del trabajo [Work Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			Teléfono celular [Cell Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			
	N.º del Seguro Social [SSN]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]		Sexo [Gender] <input type="checkbox"/> Masculino [Male] <input type="checkbox"/> Femenino [Female]		Estado civil [Marital Status] <input type="checkbox"/> Soltero [Single] <input type="checkbox"/> Casado [Married] <input type="checkbox"/> Divorciado [Divorced] <input type="checkbox"/> Viudo [Widowed] <input type="checkbox"/> Separado [Separated] <input type="checkbox"/> En pareja [Partner] <input type="checkbox"/> Otro [Other]			
	Raza [Race]		Origen étnico [Ethnicity]			Idioma de preferencia [Preferred Language]			País de origen [Country of Origin]	

<b>Parte responsable financieramente</b> [Financially Responsible Party]	¿Es el paciente la parte responsable/el garante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si usted es mayor de 18 años y no está bajo el cuidado de una institución, usted es el garante porque es la persona responsable financieramente de cualquier cargo en el que pueda incurrir durante su visita). [Is patient responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)]										
	Nombre [Name]			Dirección [Address]			Ciudad/Estado/Código postal [City/State/Zip]			Relación con el paciente [Relationship to Patient]	
	Ocupación [Occupation]		Empleador [Employer]			Dirección de correo electrónico [Email Address]				Fecha de nacimiento [Date of Birth]	
	Teléfono particular [Home Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			Teléfono del trabajo [Work Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			Teléfono celular [Cell Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>				

<b>Contacto para casos de emergencia</b> [Emergency Contact]	Nombre [Name]				Relación con el paciente [Relationship to Patient]			
	Teléfono particular [Home Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			Teléfono del trabajo [Work Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>			Teléfono celular [Cell Phone] (      ) [Preferred]      Preferido <input type="checkbox"/>	

<b>Información de remisión</b> [Referral Info]	Nombre del médico que efectúa la remisión [Referring Physician's Name]				Teléfono/Fax del médico (si se conoce) [Physician Phone/Fax (if known)] (      )			
	Dirección del médico [Physician Address]							

Información sobre el PCP [PCP Info]	Nombre del médico de atención primaria (PCP) (Marque la casilla si es el mismo que el médico que efectúa la remisión mencionado anteriormente <input type="checkbox"/> ). [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input type="checkbox"/> )]		Teléfono/Fax del médico (si se conoce) [Physician Phone/Fax (if known)] (      )	
	Dirección del médico [Physician Address]			

  

Información del seguro [Insurance Information]	Compañía del seguro primario [Primary Insurance Company]		N.º de póliza [Policy #]		N.º de grupo [Group #]	
	Relación del paciente con el asegurado [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Asegurado [Self] <input type="checkbox"/> Cónyuge [Spouse] <input type="checkbox"/> Hijo [Child] <input type="checkbox"/> Otro [Other] _____			Nombre del suscriptor (si no es el paciente) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	N.º del Seguro Social del suscriptor [Subscriber's Social Security #]	Sexo [Gender] <input type="checkbox"/> Masculino [Male] <input type="checkbox"/> Femenino [Female]	Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Empleador del suscriptor [Employer of Subscriber]		Teléfono del trabajo [Work Phone] (      )
	Compañía del seguro secundario [Secondary Insurance Company]		N.º de póliza [Policy #]		N.º de grupo [Group #]	
	Relación del paciente con el asegurado [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Asegurado [Self] <input type="checkbox"/> Cónyuge [Spouse] <input type="checkbox"/> Hijo [Child] <input type="checkbox"/> Otro [Other] _____			Nombre del suscriptor (si no es el paciente) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	N.º del Seguro Social del suscriptor [Subscriber's Social Security #]	Sexo [Gender] <input type="checkbox"/> Masculino [Male] <input type="checkbox"/> Femenino [Female]	Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Empleador del suscriptor [Employer of Subscriber]		Teléfono del trabajo [Work Phone] (      )

  

Al firmar abajo, confirmo que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]	
Firma del paciente: _____ [Patient Signature]	Fecha: ____/____/____ [Date]
Firma del garante (si no es el paciente): _____ [Guarantor Signature (if other than patient)]	Fecha: ____/____/____ [Date]

**Formulario de datos demográficos del paciente para la  
Práctica Grupal del Profesorado: Pediatría  
[Faculty Group Practice Patient Demographic Form – Pediatrics]**

<b>Información del paciente</b> [Patient Information]	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) [Name (Last, First, MI)]				Fecha de hoy [Today's Date]		
	Dirección [Street Address]			Ciudad [City]		Estado [State]	
	Código postal [Zip]		N.º del Seguro Social [SSN]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Sexo [Gender] <input type="checkbox"/> Masculino [Male] <input type="checkbox"/> Femenino [Female]	
	Raza [Race]		Origen étnico [Ethnicity]		Idioma de preferencia [Preferred Language]		
¿El paciente o sus hermanos han sido atendidos en nuestro consultorio? (Enumerar) [Has patient or siblings been seen in our office? (Please list)]				País de origen [Country of Origin]			
<b>Parte responsable financieramente</b> [Financially Responsible Party]	Padre/Madre 1: [Parent 1]				¿Es este padre/madre la parte responsable/el garante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]		
	Nombre [Name]		Dirección [Address]		Ciudad/Estado/Código postal [City/State/Zip]		Relación con el paciente [Relationship to Patient]
	Ocupación [Occupation]		Empleador [Employer]		Dirección de correo electrónico [Email Address]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]
	Teléfono particular [Home Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		Teléfono del trabajo [Work Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		Teléfono celular [Cell Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		
	Padre/Madre 2: [Parent 2]				¿Es este padre/madre la parte responsable/el garante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]		
	Nombre [Name]		Dirección [Address]		Ciudad/Estado/Código postal [City/State/Zip]		Relación con el paciente [Relationship to Patient]
	Ocupación [Occupation]		Empleador [Employer]		Dirección de correo electrónico [Email Address]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]
	Teléfono particular [Home Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		Teléfono del trabajo [Work Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		Teléfono celular [Cell Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		
<b>Contacto para casos de emergencia</b> [Emergency Contact]	Nombre [Name]				Relación con el paciente [Relationship to Patient]		
	Teléfono particular [Home Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		Teléfono del trabajo [Work Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		Teléfono celular [Cell Phone] ( ) Preferido <input type="checkbox"/> [Preferred]		

<b>Información de remisión</b> [Referral Info]	Nombre del médico que efectúa la remisión [Referring Physician's Name]				Teléfono/Fax del médico (si se conoce) [Physician Phone/Fax (if known)] (      )		
	Dirección del médico [Physician Address]						
<b>Información sobre el PCP</b> [PCP Info]	Nombre del médico de atención primaria (Marque la casilla si es el mismo que el médico que efectúa la remisión mencionado anteriormente <input type="checkbox"/> ). [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input type="checkbox"/> )]				Teléfono/Fax del médico (si se conoce) [Physician Phone/Fax (if known)] (      )		
	Dirección del médico [Physician Address]						
<b>Información del seguro</b> [Insurance Information]	Compañía del seguro primario [Primary Insurance Company]			N.º de póliza [Policy #]		N.º de grupo [Group #]	
	Dirección para reclamaciones [Claims Address]		Ciudad [City]	Estado [State]	Código postal [Zip]	Teléfono [Phone] (      )	
	Relación del paciente con el asegurado [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Asegurado [Self] <input type="checkbox"/> Cónyuge [Spouse] <input type="checkbox"/> Hijo [Child] <input type="checkbox"/> Otro [Other] _____			Nombre del suscriptor (si no es el paciente) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	N.º del Seguro Social del suscriptor [Subscriber's Social Security #]	Sexo [Gender] <input type="checkbox"/> Masculino [Male] <input type="checkbox"/> Femenino [Female]	Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Empleador del suscriptor [Employer of Subscriber]		Teléfono del trabajo [Work Phone] (      )	
	Compañía del seguro secundario [Secondary Insurance Company]			N.º de póliza [Policy #]		N.º de grupo [Group #]	
	Dirección para reclamaciones [Claims Address]		Ciudad [City]	Estado [State]	Código postal [Zip]	Teléfono [Phone] (      )	
	Relación del paciente con el asegurado [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Asegurado [Self] <input type="checkbox"/> Cónyuge [Spouse] <input type="checkbox"/> Hijo [Child] <input type="checkbox"/> Otro [Other] _____			Nombre del suscriptor (si no es el paciente) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	N.º del Seguro Social del suscriptor [Subscriber's Social Security #]	Sexo [Gender] <input type="checkbox"/> Masculino [Male] <input type="checkbox"/> Femenino [Female]	Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Empleador del suscriptor [Employer of Subscriber]		Teléfono del trabajo [Work Phone] (      )	
<p>Al firmar abajo, confirmo que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]</p> <p>Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____ [Patient Signature] [Date]</p> <p>Firma del garante (si no es el paciente): _____ Fecha: ____/____/____ [Guarantor Signature (if other than patient)] [Date]</p>							

**POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA PRÁCTICA GRUPAL  
DEL PROFESORADO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

**[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]**

Comprendo que NYU School of Medicine, los médicos que me tratan y sus respectivas personas designadas usarán y divulgarán mi información de salud para todos los propósitos necesarios para el tratamiento, el pago y los procesos del cuidado de la salud, lo que incluye, entre otros, la divulgación de la información solicitada por mi compañía de seguro (o aseguradora) y toda información necesaria con el objetivo de planificar mi alta.

[I understand that NYU School of Medicine, my treating physicians and their respective designees, will use and disclose my health information for all purposes necessary for treatment, payment and health care operations, including but not limited to release of information requested by my insurance company (or carrier) and any information necessary for discharge planning purposes.]

- **CESIÓN DE SEGURO:** Por el presente documento autorizo a que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a NYU School of Medicine. Entiendo que soy responsable financieramente de los servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de toda información médica u otra información necesaria para procesar los reclamos de seguro a mi nombre.
- **[ASSIGNMENT OF INSURANCE:** I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to NYU School of Medicine. I understand I am financially responsible for non-covered services. I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims on my behalf.]
- **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** He recibido una copia de las políticas financieras de NYU School of Medicine y acepto los términos especificados. Por el presente documento acepto pagar todos los cargos adeudados (o que se adeuden) a NYU School of Medicine por la atención y el tratamiento, lo que incluye copagos y deducibles según lo contempla mi plan. Los beneficios, si existiera alguno, que paga un tercero, serán acreditados a la cuenta. Entiendo que seré responsable de todo cargo si se aplica alguno de los siguientes:

**[FINANCIAL LIABILITY:** I have been provided a copy of the NYU School of Medicine financial policies and agree to the specified terms. I hereby agree to pay all charges due (or to become due) to NYU School of Medicine for care and treatment, including co-payments and deductibles as provided under my plan. Benefits, if any, paid by a third party, will be credited on account. I understand that I will be responsible for any charges if any of the following apply:]

- Mi plan de salud requiere derivación previa de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) antes de recibir servicios en NYU School of Medicine y no he obtenido dicha derivación, o recibo servicios que exceden la derivación; y/o  
[My health plan requires prior referral by a Primary Care Physician (PCP) before receiving services at NYU School of Medicine and I have not obtained such a referral or I receive services in excess of the referral, and/or]
- Mi plan de salud determina que los servicios que recibo en NYU School of Medicine no son necesarios desde el punto de vista médico, y/o no los cubre mi plan de seguro; y/o  
[My health plan determines that the services I receive at NYU School of Medicine are not medically necessary and/or not covered by my Insurance plan, and/or]
- La cobertura de mi plan de salud ha vencido o caducado en el momento en que recibo los servicios en NYU Hospitals Center; y/o  
[My health plan coverage has lapsed or expired at the time I receive services at NYU School of Medicine, and/or]
- He elegido no usar la cobertura de mi plan de salud; y/o  
[I have chosen not to use my health plan coverage and/or]
- El médico que consulto no está dentro de mi plan de cuidado de la salud.  
[The physician I see does not participate with my health care plan. ]

**POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA PRÁCTICA GRUPAL  
DEL PROFESORADO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

**[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]**

- **FIRMA DE MEDICARE EN ARCHIVO (Pacientes de Medicare únicamente):** Solicito que el pago de los beneficios de Medicare autorizados me los hagan ya sea directamente a mí o en mi nombre a todos los proveedores que me traten durante mi estadía hospitalaria o por todo servicio brindado por esos proveedores. Autorizo al poseedor de mi información de salud y de otro tipo a divulgar a Medicare y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados.

**[MEDICARE SIGNATURE ON FILE (Medicare Patients Only):** I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to all providers who treat me during my hospital stay or any services furnished to me by those providers. I authorize the holder of medical and other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.]

Número de Medicare del paciente \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_

**[Patient's Medicare Number]**

**[Patient Signature]**

- **SERVICIOS AUXILIARES:** Entiendo que podría recibir ciertos servicios médicos auxiliares mientras estoy en NYU School of Medicine, tales como: anestesia, interpretación de pruebas cardíacas, servicios de diagnóstico por imagen (por ejemplo radiografías, resonancia magnética) y pruebas de muestras de patología. Entiendo que algunos médicos podrían no prestar el servicio en mi presencia, pero participan activamente en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Por el presente documento autorizo el pago directo por esos servicios según la póliza(s) o plan(es) emitidos a mi nombre por mi compañía aseguradora. Entiendo que podría incurrir en gastos adicionales como resultado de estos servicios auxiliares. Acepto pagar todos los cargos adeudados con respecto a dichos servicios en la medida en que el cargo se adeude después de aplicar el crédito en mi nombre por beneficios pagados por un tercero responsable de los pagos.

**[ANCILLARY SERVICES:** I understand I may receive certain ancillary medical services while I am at NYU School of Medicine; such as, anesthesia, interpretation of cardiac tests, imaging services (e.g., x-rays, MRIs) and pathology specimen examination. I understand that some physicians may not provide services in my presence, but are actively involved in the course of diagnosis and treatment. I hereby authorize payment directly for these services under the policy(s) or plan(s) issued to me by my insurance carrier. I understand that I may incur additional charges as a result of these ancillary services; I agree to pay all charges due with respect to such services to the extent the charge is due after credit is given for benefits paid on my behalf by any third party payor.]

- **CITAS CANCELADAS O A LAS QUE NO SE PRESENTÓ:** Entiendo que, según la política de consultorios médicos individuales, podría tener que pagar un cargo por cancelación si no proporciono el aviso de cancelación requerido o si no acudo a la cita y no la he cancelado.

**[CANCELED OR NO-SHOW APPOINTMENTS:** I understand that, based on the policy of individual physician offices, I may incur a cancellation fee if I do not provide the required notice of cancellation, or if I do not keep my appointment and have not canceled.]

**POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA PRÁCTICA GRUPAL  
DEL PROFESORADO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

**[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]**

He recibido las políticas financieras para el paciente de la Práctica Grupal del Profesorado (Faculty Group Practice). Entiendo la información que aparece anteriormente, la cual se me explicó en su totalidad.

[I have been provided the Faculty Group Practice Patient Financial Policies. I understand the information listed above which has been fully explained to me.]

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

[Patient Signature]

\_\_\_\_\_  
Fecha

[Date]

\_\_\_\_\_  
Firma del garante

[Guarantor Signature]

\_\_\_\_\_  
Fecha

[Date]

## **Resumen de las políticas financieras de la Faculty Group Practice**

Gracias por elegir a NYU Langone Medical Center para su atención médica. Le agradecemos que haya confiado en nosotros para su atención médica y estamos comprometidos a brindarle la mejor atención al paciente posible.

Dado que los beneficios de atención médica y las opciones de cobertura se han tornado cada vez más complejos, hemos elaborado esta política financiera para ayudarle a entender mejor sus responsabilidades como paciente. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarle a comprender su tratamiento propuesto y responderemos a las preguntas relacionadas con la presentación de su reclamación de seguro para recibir un reembolso.

Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro médico o su empleador. Tenga en cuenta que es su responsabilidad saber si su seguro tiene reglas o reglamentaciones específicas, tales como la necesidad de tener remisiones, certificaciones previas, autorizaciones previas, límites en cargos a pacientes ambulatorios y cualquier requisito para médicos, análisis de laboratorio y/u hospitales específicos para utilizar. Debe conocer todos los deducibles, copagos y/o coseguros. Esto se aplica a todos los pagadores, independientemente de si nuestros médicos participan o no.

Si no está seguro sobre los beneficios de su póliza de seguro médico actual, debe comunicarse con su plan para conocer los detalles de los beneficios, cargos que ha de cubrir personalmente y límites de cobertura.

***RECUERDE QUE DEBE CONSERVAR ESTAS POLÍTICAS PARA CONSULTAS FUTURAS***

---

### **Cobertura de seguro**

Debe proporcionarnos la información de su plan de seguro actual en cada visita y notificarnos los cambios. Solicitaremos una copia de su tarjeta de seguro para sacar una copia o escanearla y conservarla en nuestros archivos.

Debe conocer y proporcionar toda remisión o autorización requeridas con antelación a la cita médica o el servicio programado. Si no proporciona esto antes de que el servicio sea prestado, usted será responsable del costo de la atención. Cuando no esté seguro, comuníquese con su plan directamente para obtener aclaraciones.

Nuestros médicos pertenecen a muchos planes de seguro diferentes, pero la participación difiere según el médico. Encontrará una lista de los planes en los que participan nuestros médicos en nuestro sitio web (<http://nyulangone.org/doctors>). Antes de su cita médica, debe asegurarse de que su médico esté dentro de la red y de que los servicios estén cubiertos por su plan. Si su médico está fuera de la red, los costos de atención se le facturarán a usted. Si desea recibir un cálculo estimativo de costos, nos complacerá poder enviarle uno. También le ayudaremos a averiguar si tiene acceso a beneficios fuera de la red. Consulte nuestra política sobre servicios fuera de la red a continuación para conocer más detalles.

Infórmenos en cualquier momento si no desea que presentemos una reclamación a su plan.

### **Cambio de domicilio**

Es muy importante que tengamos en nuestros archivos la información de su dirección correcta. Debe informarnos cada vez que haya un cambio de domicilio, de teléfono u otra información de contacto.

### **Copagos, coseguros, deducibles**

Se espera que usted pague los montos de copagos, coseguro y/o deducibles, si se conocen, en el momento de recibir el servicio.

### **Otras facturas**

Podría recibir servicios en NYU Langone Medical Center tales como anestesia, pruebas radiológicas, patología u otros servicios. Estos médicos prestan servicios vitales y participan en su atención, aunque no estén presentes en ese momento y usted no los vea cara a cara. Podría haber cargos adicionales por estos servicios.





Además, usted podría recibir atención hospitalaria para paciente internado o paciente ambulatorio en NYU Langone Medical Center. Si ese es el caso, usted recibirá una factura del hospital por esos servicios. Las facturas del hospital son separadas de los servicios de nuestros médicos. Si tiene preguntas, puede comunicarse con la oficina de facturación del hospital llamando al (800) 237-6977.

### **Pagos**

El pago se debe realizar en el momento que se reciben los servicios o cuando se recibe un estado de cuentas de nuestra oficina de facturación. Aceptamos pagos en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito (*American Express, MasterCard, Visa y Discover*). A los cheques devueltos se les aplica un cargo de \$20.00. No aceptamos cheques de viajero.

Como un servicio a nuestros clientes, brindamos una llamada de cortesía [recordatorio de pago de factura] y posiblemente otras llamadas importantes que se realizarán usando un mensaje pregrabado. Al proporcionarnos su número de teléfono celular, usted otorga su consentimiento para recibir dichas llamadas a este número.

### **Cargos no médicos**

Se podría aplicar un cargo adicional a lo siguiente:

- Cheques devueltos
- Llenado de formularios de discapacidad u otros formularios
- Copias de registros médicos

### **Por no acudir a una cita médica**

En general, la NYU Faculty Group Practice (FGP) requiere un aviso de cancelación con 24 horas de anticipación (1 día hábil) para la mayoría de las visitas al consultorio. Los procedimientos y las cirugías podrían requerir un aviso de 48 horas (2 días hábiles) o más. Tenga en cuenta que los fines de semana y los feriados no se consideran días hábiles. Si falta a su cita o no la cancela con la anticipación requerida, podrían aplicarse cargos adicionales:

- |                                 |      |                             |                                    |
|---------------------------------|------|-----------------------------|------------------------------------|
| • Visita al consultorio:        | \$50 | • Visita de paciente nuevo: | \$75                               |
| • Segunda visita al consultorio | \$75 | • Procedimiento/cirugía     | Según la política del departamento |

### **Proveedores fuera de la red**

Si el médico no está en su plan de seguro, se podría aplicar lo siguiente:

- El pago total se debe pagar en el momento del servicio para las visitas de rutina.
- El pago que se espera el día del servicio podría ser una estimación de los cargos totales.
- Recibirá una cotización del cargo aproximado antes de que le brindemos los servicios o practiquemos los procedimientos.
- Para cirugías y procedimientos opcionales deberá realizar un depósito antes de la fecha en que se realizarán.
- Incluso si tiene beneficios fuera de la red, usted es el responsable en última instancia por el cargo total que se cobra.
- Según su plan, el pago podría ser enviado a usted. Si recibe este pago, debe efectuar un reembolso a la NYU Faculty Group Practice de inmediato.

### **Servicios no cubiertos**

**Pacientes de Medicare.** Medicare podría no cubrir algunos servicios que le recomienda su médico. Se le notificará con anticipación y se le entregará una Notificación anticipada al beneficiario (Advanced Beneficiary Notice, ABN) para que la lea y la firme. La ABN le ayudará a decidir si desea o no recibir los servicios, sabiendo que usted es responsable del pago. Lea la ABN detenidamente.

**Pacientes que no son de Medicare.** Usted es responsable de todo servicio que no esté cubierto por su plan y debe pagar la totalidad del cargo en el momento en que se brindan los servicios o cuando se recibe la factura.

**Reembolsos**

El reembolso se emite cuando se identifica un pago excesivo. Si considera que merece un reembolso, comuníquese con nuestra oficina de facturación llamando al (877) 648-2964.

**Falta de pago**

Si no paga su factura, su cuenta podría ser enviada a una agencia de cobranzas externa. Si su cuenta se envía a una agencia de cobranzas, deberá comunicarse directamente con ellos para liquidar los saldos.

**Cambios de política y cargos**

Estas políticas y cargos están sujetos a cambios. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para mantenerle informado de cualquier modificación.

Sabemos que la atención médica puede tornarse costosa. Si tiene inquietudes sobre su capacidad de pago, puede comunicarse con nosotros para que le ayudemos a administrar su cuenta. Si tiene preguntas sobre estas políticas, no dude en consultar a cualquiera de nuestros Gerentes para obtener más detalles ni en llamar a la oficina de facturación al número que aparece en su informe de facturación.



## NYU FACULTY GROUP PRACTICE

### **CONTRATO PRIVADO CON EL BENEFICIARIO DE MEDICAID**

Este es un acuerdo entre el Dr. \_\_\_\_\_ ("médico") y el paciente \_\_\_\_\_ ("paciente"), con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, que es un beneficiario de Medicaid del estado de Nueva York que solicita servicios cubiertos por Medicaid, incluidos los Planes de Atención Administrada de Medicaid. El médico ha informado al paciente que el médico no participa en el programa de Medicaid y/o del Plan de Atención Administrada de Medicaid del paciente.

#### **El médico acepta proporcionar los siguientes servicios médicos al paciente:**

_____ Servicios de evaluación y administración	Fecha del servicio: _____
_____ Consulta prequirúrgica	Fecha del servicio: _____
_____ Cirugía/consulta posoperatoria (Tipo: _____)	Fecha del servicio: _____
_____ Otro (Especifique: _____)	Fecha del servicio: _____

En contraprestación por los servicios, el paciente acepta hacer pagos al médico según el arancel del médico. Los cálculos estimativos se encuentran disponibles a pedido.

El paciente también acepta, comprende y expresamente reconoce lo siguiente:

- El paciente acepta no presentar una reclamación (ni solicitar al médico que lo haga) al programa de Medicaid con respecto a los servicios, incluso si están cubiertos por Medicaid.
- El paciente no se encuentra actualmente en una situación que requiera atención médica de emergencia ni urgente.
- El paciente reconoce que ni las regulaciones de las limitaciones de cargos de Medicaid ni las de ningún otro reembolso de Medicaid se aplican a los cargos por los servicios.
- El paciente reconoce que tiene un derecho, como beneficiario de Medicaid, de obtener servicios y artículos cubiertos por Medicaid de médicos y profesionales que participan en Medicaid, y que el paciente no tiene la obligación de celebrar contratos privados que se apliquen a otros servicios cubiertos por Medicaid y brindados por otros médicos o profesionales que participan en Medicaid.
- El paciente acepta la responsabilidad de efectuar la totalidad del pago por los servicios y reconoce que el médico no presentará una reclamación a Medicaid por los servicios y que no se proporcionará ningún reembolso por parte de Medicaid.
- El paciente comprende que no se efectuará el pago de Medicaid por ninguno de los artículos o servicios brindados por el médico que de otra manera hubieran estado cubiertos por Medicaid si no hubiera un contrato privado y se presentara una reclamación adecuada a Medicaid.
- El paciente reconoce que se ha puesto a su disposición una copia de este contrato.
- El paciente acepta reembolsar al médico por todos los costos y honorarios razonables del abogado que se produzcan como consecuencia de una infracción a este acuerdo por parte del paciente o sus beneficiarios.

Formalizado el día \_\_\_\_\_ por:  
(Fecha)

\_\_\_\_\_ (Nombre del paciente/  
garante) \_\_\_\_\_ (Representante de FGP)

\_\_\_\_\_ (Firma del paciente) \_\_\_\_\_ (Firma del representante de FGP)



## **NYU FACULTY GROUP PRACTICE**

### **CONTRATO PRIVADO CON EL BENEFICIARIO DE MEDICARE**

Este es un acuerdo entre el Dr. \_\_\_\_\_ ("médico"), cuya principal sede comercial se encuentra en \_\_\_\_\_, y el paciente \_\_\_\_\_ ("paciente"), que reside en \_\_\_\_\_ y es un beneficiario de la Parte B de Medicare que solicita servicios cubiertos por la Parte B de Medicare según la Sección 4507 de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997. El médico ha informado al paciente que el médico ha tramitado la baja del programa de Medicare que entra en vigencia el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por un período de dos años como mínimo y no está excluido de participar en la Parte B de Medicare en virtud de las Secciones 1128, 1156, 1892 o cualquier otra sección de la Ley de Seguro Social.

El médico acepta proporcionar los siguientes servicios médicos al paciente (los "servicios"): Evaluación y administración, consulta y servicios de componente profesional.

En contraprestación por los servicios, el paciente acepta hacer pagos al médico según el arancel del médico. Los cálculos estimativos se encuentran disponibles a pedido.

El paciente también acepta, comprende y expresamente reconoce lo siguiente:

En contraprestación por los servicios, el paciente acepta hacer pagos al médico según el arancel del médico. Los cálculos estimativos se encuentran disponibles a pedido.

El paciente también acepta, comprende y expresamente reconoce lo siguiente:

- El paciente acepta no presentar una reclamación (ni solicitar al médico que lo haga) al programa de Medicare con respecto a los servicios, incluso si están cubiertos por la Parte B de Medicare.
- El paciente no se encuentra actualmente en una situación que requiera atención médica de emergencia ni urgente.
- El paciente reconoce que ni las regulaciones de las limitaciones de cargos de Medicare ni las de ningún otro reembolso de Medicare se aplican a los cargos por los servicios.
- El paciente reconoce que los planes de MediGap no proporcionarán pago ni reembolso por los servicios porque el pago no se realiza en virtud del programa de Medicare, y otros planes de seguro suplementario pueden del mismo modo negar reembolso.
- El paciente reconoce que tiene un derecho, como beneficiario de Medicare, de obtener servicios y artículos cubiertos por Medicare de médicos y profesionales que no han tramitado la baja Medicare, y que el paciente no tiene la obligación de celebrar contratos privados que se apliquen a otros servicios cubiertos por Medicare y brindados por otros médicos y profesionales que no han tramitado la baja.
- El paciente acepta la responsabilidad de efectuar la totalidad del pago por los servicios y reconoce que el médico no presentará una reclamación a Medicare por los servicios y que no se proporcionará ningún reembolso por parte de Medicare.
- El paciente comprende que no se efectuará el pago de Medicare por ninguno de los artículos o servicios brindados por el médico que, de otra manera, hubieran estado cubiertos por Medicare si no hubiera un contrato privado y se presentara una reclamación adecuada a Medicare.
- El paciente reconoce que se ha puesto a su disposición una copia de este contrato.
- El paciente acepta reembolsar al médico por todos los costos y honorarios razonables del abogado que se produzcan como consecuencia de una infracción a este acuerdo por parte del paciente o sus beneficiarios.

Formalizado el día \_\_\_\_\_ [fecha] por:

\_\_\_\_\_ (Nombre del paciente/garante)      \_\_\_\_\_ (Nombre del médico)

\_\_\_\_\_ (Firma del paciente/garante)      \_\_\_\_\_ (Firma del médico)



**NYU Faculty Group Practice**  
**Planes que no participan/Servicios de estética/con pago a cargo del paciente/no cubiertos**  
**Formulario**

Fecha:	Nombre del paciente:
Número de registro médico (MRN) del paciente:	Proveedor:
Fecha(s) prevista(s) del servicio:	Descripción de servicio(s):
Costo estimado:	Plan de seguro:
Monto del pago anticipado:	Saldo estimado:

**ACUERDO FINANCIERO**

NYU Faculty Group Practice me ha informado que mi médico no participa en mi plan de seguro y/o que estoy recibiendo servicios que podrían no estar cubiertos por mi plan de seguro; por lo tanto, seré totalmente responsable del costo de los servicios y se espera que pague el cargo estimado por adelantado. Elijo que se me presten los servicios mencionados anteriormente y he recibido un cálculo aproximado del costo total de los servicios de mi médico. Tengo conocimiento de que el monto presupuestado anteriormente es un cálculo estimado y que es posible que los cargos reales varíen. También comprendo que es posible que surjan costos adicionales correspondientes a servicios auxiliares (radiología, anestesia, estudios anatomopatológicos, etc.) que no están incluidos en esta estimación. Se me facturará y seré responsable de cualquier saldo restante.

Comprendo que todos los saldos son pagaderos al recibir un estado de cuenta de NYU.

He leído la información precedente y comprendo mis obligaciones financieras.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha



**NYU Faculty Group Practice**  
**Formulario de remisión a un proveedor no participante**

Fecha:	Nombre del paciente:
Número de registro médico (MRN) del paciente:	Proveedor:
Plan de seguro:	

Información de remisión	
Fecha(s) prevista(s) del servicio (si se conoce[n]):	Descripción de servicio(s):
Nombre del proveedor no participante:	Lugar(es) del servicio (si se conoce[n]):
Número de teléfono:	Dirección:

Su médico lo está remitiendo a, o está haciendo los arreglos para que usted reciba servicios de, un establecimiento o proveedor no participante. Este formulario se le entrega por los siguientes motivos:

- ☐ El médico no participante mencionado anteriormente le proporcionará servicios durante su encuentro.
- ☐ Se enviará una muestra a un patólogo o a un laboratorio no participante.
- ☐ Se lo está remitiendo a un proveedor no participante y su plan de salud requiere remisiones.

Usted puede elegir recibir la atención de un proveedor que participe en su seguro. Si tiene preguntas o desea ubicar a un médico dentro de la red, puede comunicarse con el consultorio de su médico, visitar nuestro sitio web en <http://www.NYULangone.org/doctors> o comunicarse con su plan de seguro. También puede comunicarse con el consultorio del proveedor al número indicado anteriormente si desea recibir los cargos estimados.

También puede recibir servicios en NYU Langone Medical Center de otros proveedores que prestan servicios vitales y participan en su atención, aunque usted no los vea cara a cara. Podría haber cargos adicionales incurridos por estos servicios. Además, usted podría recibir atención hospitalaria para paciente internado o paciente ambulatorio en NYU Langone Medical Center. Si ese es el caso, usted recibirá una factura del hospital por separado por esos servicios. Si tiene preguntas sobre la facturación, puede comunicarse con la oficina de facturación del médico de NYU Faculty Group Practice al (877) 648-2964 o con la oficina de facturación del hospital al (800) 237-6977.

**Acuse de recibo**

Reconozco que es mi responsabilidad comprender mi seguro y saber si mi plan tiene reglas o reglamentaciones específicas, tales como la necesidad de tener remisiones, certificaciones previas, autorizaciones previas, límites en cargos a pacientes ambulatorios y cualquier requisito para médicos, análisis de laboratorio y/u hospitales específicos para utilizar. Al consultar a un proveedor no participante, puedo incurrir en costos que no están cubiertos por mi plan de salud.

NYU Faculty Group Practice me ha informado que mi médico me remite para que obtenga servicios fuera de la red y otorgo mi consentimiento para dicha remisión. Elijo voluntariamente recibir los servicios mencionados anteriormente. Comprendo también que podría haber servicios proporcionados no programados y médicamente necesarios. Se me facturará y seré responsable de cualquier saldo restante. Comprendo que todos los saldos son pagaderos al recibir el estado de cuenta de NYU. He leído la información precedente y comprendo mis obligaciones financieras.

Nombre del paciente/garante

Firma del paciente/garante

Fecha



# **NYU Langone Medical Center**

## **Aviso sobre prácticas de privacidad**

### **[Notice of Privacy Practices]**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

#### **Nos comprometemos a proteger su privacidad**

NYU Langone Medical Center (“NYU Langone”) se compromete a resguardar la privacidad de su información de salud. Usamos un registro electrónico seguro de salud para almacenar su información. Únicamente usaremos o divulgaremos (compartiremos) su información de salud según lo descrito en este Aviso. Le solicitaremos que firme un acuse de recibo de este Aviso.

#### **Quiénes cumplen con este Aviso**

Todos los empleados, el personal médico, los residentes, los estudiantes, los voluntarios y los agentes de NYU Langone de los centros que se enumeran a continuación deben cumplir estas prácticas de privacidad. NYU Langone incluye los siguientes centros:

- NYU Hospitals Center (“NYUHC”)
  - Tisch Hospital
  - Rusk Rehabilitation
  - Hospital for Joint Diseases
  - NYU Lutheran Medical Center
  - Todos los demás centros enumerados en el certificado de funcionamiento de NYUHC
- NYU School of Medicine (Faculty Group Practices)
- Lutheran Augustana CECR
- Lutheran Certified Home Health Agency
- Community Care Organization
- Southwest Brooklyn Dental Practice

Este Aviso también se aplica a los NYU Lutheran Family Health Centers, que son parte de un acuerdo organizado de atención médica con NYU Langone.

Si los profesionales de atención médica de NYU Langone le proporcionan tratamiento o servicios en otros centros, por ejemplo en Manhattan VA Medical Center o Bellevue Hospital Center, aplicará el Aviso sobre prácticas de privacidad que reciba allí.

#### **Usar y compartir su información**

Esta sección describe las diferentes maneras en las que usamos y compartimos su información. Generalmente, nos comunicaremos con usted para estos fines por teléfono, pero si nos brindó su dirección de correo electrónico o su permiso para enviarle un mensaje de texto, es posible que nos comuniquemos con usted de esa manera.



## NYU Langone Medical Center

### Aviso sobre prácticas de privacidad [Notice of Privacy Practices]

Principalmente, usamos y compartimos su información para los fines relacionados con tratamientos, pagos y atención médica. Esto significa que usamos y compartimos su información de salud con las siguientes personas/entidades y para lo siguiente:

- otros proveedores de atención médica que le estén brindando tratamiento o con una farmacia que esté surtiendo sus recetas;
- con su plan de seguro a fin de obtener una aprobación previa para su tratamiento o cobrar el pago de servicios de atención médica;
- para dirigir nuestra empresa, para mejorar la atención, para brindar instrucción a los profesionales de atención médica y para evaluar el desempeño del proveedor.

En ocasiones es posible que compartamos su información con nuestros socios comerciales, por ejemplo el servicio de facturación, quienes nos ayudan con nuestras operaciones comerciales. Todos los socios comerciales deben proteger la privacidad y la seguridad de su información de salud tal como nosotros lo hacemos.

También es posible que usemos o compartamos su información para comunicarnos con usted para lo siguiente:

- brindar información sobre servicios o beneficios relacionados con la salud;
- brindar información sobre sus futuras citas;
- saber si le interesaría participar en proyectos de investigación;
- brindar información sobre la recaudación de fondos para NYU Langone.

Tiene derecho a excluirse de las comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos. Puede hacerlo si se comunica con la Oficina de Desarrollo de NYU Langone en [developmentoffice@nyumc.org](mailto:developmentoffice@nyumc.org) o por teléfono al 212-404-3640 o, número gratuito, 1-800-422-4483.

Si no desea ser notificado sobre proyectos de investigación en los que puede participar, puede comunicarse con [research-contact-optout@nyumc.org](mailto:research-contact-optout@nyumc.org) o al 1-855-777-7858.

Se aplican protecciones especiales si usamos o compartimos información de salud privada. Esto incluye información relacionada con el VIH, información de salud mental, información sobre el tratamiento por abuso de drogas o alcohol e información genética. Por ejemplo, de conformidad con las leyes estatales de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo puede ser compartida con personas autorizadas a tenerla por ley o personas que usted haya autorizado a tenerla mediante la firma de un formulario de autorización específico. Si su tratamiento incluye esta información, puede comunicarse con el Funcionario encargado de temas de privacidad para obtener más detalles.

También se nos permite, y en ocasiones la ley nos exige, compartir su información de otras maneras. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información por los siguientes motivos. Algunos ejemplos de cada esto incluyen lo siguiente:



## NYU Langone Medical Center

### Aviso sobre prácticas de privacidad

#### [Notice of Privacy Practices]

- Salud pública y seguridad: informar enfermedades, nacimientos o muertes; informar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica; evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad públicas; realizar un monitoreo de un retiro de un producto del mercado y dar a conocer información con fines de seguridad y calidad.
- Investigación: análisis de proyectos de registros de salud que fueron aprobados por nuestra junta de revisión institucional (Institutional Review Board, IRB) y que presentan un bajo riesgo para su privacidad; preparación para un estudio de investigación; estudios que solo involucran información de difuntos.
- Procedimientos judiciales y administrativos: en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Compensación de trabajadores y otros requerimientos del gobierno: audiencias o pagos de reclamaciones de compensación de trabajadores; agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones especiales del gobierno (militares, seguridad nacional).
- Cumplimiento de la ley: con un oficial de la ley para identificar o encontrar a una persona sospechosa o desaparecida.
- Cumplir con la ley: al Departamento de Salud y Servicios Humanos para conocer si cumplimos con las leyes federales de privacidad.
- Situación de ayuda humanitaria: compartir su ubicación y la ubicación general con el fin de notificar a sus familiares, amigos y agencias aprobadas por la ley para ayudar en situaciones de emergencia.
- Para organizaciones que manejen la donación o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- Según sea necesario, para que realice su trabajo un juez de instrucción que investiga muertes sospechosas, examinador médico o director funerario.
- Usos y divulgaciones accidentales de un uso o divulgación permitido: decir su nombre en un área de espera para una cita y con la posibilidad de que otras personas en dicha área escuchen su nombre. Realizamos esfuerzos razonables para limitar estos usos y divulgaciones accidentales.

En las siguientes situaciones, podemos usar o compartir su información, a menos que usted se oponga o si específicamente nos da permiso. Si por algún motivo no es capaz de decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que hacerlo es lo mejor para usted.

- Para nuestro directorio de pacientes, incluido nuestro Departamento de Servicios de Capellán, como un sacerdote o un rabino.
- Con su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención o el pago de su atención.

En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información si usted nos da permiso:

- Para fines de comercialización;
- Venta de su información o pagos de un tercero;
- Uso compartido de notas de psicoterapia;
- Cualquier otro motivo no descrito en este Aviso.

## NYU Langone Medical Center

### Aviso sobre prácticas de privacidad

### [Notice of Privacy Practices]

Usted puede revocar (cancelar) ese permiso, excepto cuando ya hemos contado con él, si se comunica con el Funcionario encargado de temas de privacidad.

#### Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Puede hacer lo siguiente:

- Revisar u obtener una copia electrónica o impresa de su registro de salud, incluidos los registros de facturación. Se le puede cobrar una tarifa basada en un costo razonable que no superará los 75 centavos por página por las copias en papel o un costo razonable por la provisión de los medios electrónicos para los registros electrónicos (más gastos de envío si solicita que se envíe su registro por correo). Los registros se proporcionarán dentro de 3 a 10 días de su solicitud. Le haremos saber acerca de cualquier retraso. También puede acceder a su información de salud directamente a través de nuestro portal del paciente seguro, MyChart en NYU Langone en <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera, por ejemplo, por teléfono celular. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- Solicitarnos limitar lo que usamos o compartimos para sus operaciones de tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a acceder a su solicitud, pero la revisaremos. Cuando paga por servicios de su bolsillo, en su totalidad, y nos solicita no compartir la información con su plan de seguro, aceptaremos a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información.
- Solicitarnos corregir su registro de salud si no es correcto o no está completo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito dentro de los 60 días.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información. Puede solicitar una lista (reseña) de las veces que compartimos su información y los motivos durante los seis años anteriores a su solicitud. No todas las divulgaciones serán incluidas en esta lista, como las realizadas para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Tiene derecho a obtener esta lista una vez cada 12 meses sin cargos, pero es posible que le cobremos el costo de proporcionar listas adicionales durante ese tiempo.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad. Simplemente solicítelo y le daremos una copia en el formato que desea (papel o electrónico).
- Elegir a alguien para que lo represente. Este “representante personal” puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. En general, los padres y los tutores de los menores de edad tendrán este derecho, a menos que la ley le permita al menor actuar en su propio nombre.
- Presentar una queja si considera que sus derechos fueron violados. Puede comunicarse con el Funcionario encargado de temas de privacidad en NYU Langone o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias ni medidas en su contra por presentar una queja.
- Solicitar protecciones de privacidad adicionales con respecto a su registro de salud electrónico.

#### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida.



## NYU Langone Medical Center

### Aviso sobre prácticas de privacidad

### [Notice of Privacy Practices]

- Le notificaremos si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información identificable.
- Debemos cumplir con las prácticas descritas en este aviso y darle una copia de este aviso.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita y en nuestro sitio web en [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

#### **Preguntas o inquietudes**

Si tiene una pregunta o desea ejercer sus derechos descritos en este Aviso, comuníquese con el Funcionario encargado de temas de privacidad en: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, por teléfono al 1-877-PHI-LOSS o 212-404-4079 o por correo electrónico a [compliance.help@nyumc.org](mailto:compliance.help@nyumc.org).

La mayoría de las solicitudes para ejercer sus derechos deben realizarse por escrito al Funcionario encargado de temas de privacidad o al consultorio médico o departamento del hospital correspondiente. Para obtener más información o un formulario de solicitud, comuníquese con el Funcionario encargado de temas de privacidad o visite <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Este Aviso está vigente desde el 1 de enero de 2016.



**NYU Langone Medical Center**  
**Aviso sobre prácticas de privacidad**  
**[Notice of Privacy Practices]**

**FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE  
PRIVACIDAD**  
**[NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT FORM]**

**Al firmar este formulario, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre prácticas de  
privacidad de NYU Langone Medical Center.**

**[By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of NYU Langone Medical  
Center's Notice of Privacy Practices.]**

**Nombre del paciente [Patient Name]:** \_\_\_\_\_

**Firma [Signature]:** \_\_\_\_\_ **Fecha [Date]:** \_\_\_\_\_

**Nombre del representante personal (si corresponde):** \_\_\_\_\_  
**[Personal Representative's Name (if applicable)]**

**Autoridad del representante personal (p. ej., padre/madre, tutor, apoderado para fines de  
atención médica):**  
**[Personal Representative's Authority (e.g., parent, guardian, health care proxy)]**

\_\_\_\_\_

**En vigencia a partir del 1 de enero de 2016.**  
**[Effective as of 01/01/2016.]**

# Hoja informativa de NYULMC HIE, Care Everywhere y Healthix

## [NYULMC HIE, Care Everywhere and Healthix Fact Sheet]

**Detalles sobre información del paciente en NYULMC HIE, Care Everywhere y Healthix, y en el proceso de consentimiento:**

**[Details about patient information in the NYULMC HIE, Care Everywhere and Healthix and the consent process:]**

- 1. Cómo se usará su información.** Los Participantes de HIE y los Proveedores de Care Everywhere utilizarán su información electrónica de salud únicamente para:  
**[How Your Information Will be Used.** Your electronic health information will be used by the HIE Participants and Care Everywhere Providers only to:]
- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados;  
[Provide you with medical treatment and related services.]
  - Verificar si tiene seguro de salud y qué cubre;  
[Check whether you have health insurance and what it covers.]
  - Evaluar y mejorar la calidad de atención médica proporcionada a todos los pacientes.  
[Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients.]

A menos que las leyes estatales y federales lo permitan de otro modo, y si Healthix lo aprueba, los planes de seguro de atención médica de NYULMC podrán divulgar y utilizar su información electrónica de salud, y tener acceso a esta, únicamente para:

[Unless otherwise permitted by State and Federal law and if permitted by Healthix, your electronic health information shall be disclosed, accessed and used by NYULMC healthcare insurance plans only to:]

- Ofrecer actividades de Administración de atención de la salud. Estas actividades incluyen ayudarlo a obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le brindan, coordinar la provisión de servicios múltiples de atención médica para usted o respaldarlo para que respete un plan de atención médica.  
[Provide Care Management Activities. These include assisting you in obtaining appropriate medical care, improving the quality of healthcare services provided to you, coordinating the provision of multiple health care services provided to you, or supporting you in following a plan of medical care.]
- Ofrecer actividades de Mejora de la calidad. Esto incluye evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes e integrantes de NYULMC.  
[Provide Quality Improvement Activities. These include evaluating and improving the quality of medical care provided to you and all NYULMC patients and members.]

**NOTA: La opción que marque en este Formulario de consentimiento NO permite a las compañías aseguradoras de salud tener acceso a su información con el propósito de decidir si les darán seguro médico o si pagarán sus facturas. Puede marcar esa opción en un Formulario de consentimiento por separado que las compañías aseguradoras de salud deben usar.**

**[NOTE: The choice you make in this Consent Form does NOT allow health insurers to have access to your information for the purpose of deciding whether to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate Consent Form that health insurers must use.]**

2. **Qué tipo de información suya se incluye.** Si otorga su consentimiento, los Participantes de HIE y los Proveedores de Care Everywhere podrían tener acceso a TODA su información electrónica de salud disponible a través de NYULMC HIE, y todos los empleados, agentes e integrantes del personal médico de NYU Hospitals Center podrían tener acceso a TODA su información electrónica de salud disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o fractura de hueso), resultados de pruebas (rayos X o análisis de sangre) y una lista de los medicamentos que haya tomado. Esta información podría estar relacionada con enfermedades delicadas, que incluye, entre otras:

**[What Types of Information About You Are Included.** If you give consent, the HIE Participants and Care Everywhere Providers may access ALL of your electronic health information available through the NYULMC HIE and all employees, agents and members of the medical staff of NYU Hospitals Center may access ALL of your electronic health information available through Healthix. This includes information created before and after the date of this Consent Form. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medicines you have taken. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:]

<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoholismo o consumo de drogas [Alcohol or drug use problems]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades mentales [Mental health conditions]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de la natalidad y abortos (planificación familiar) [Birth control and abortion (family planning)]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VIH/SIDA [HIV/AIDS]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas [Genetic (inherited) diseases or tests]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades de transmisión sexual [Sexually transmitted diseases]</li> </ul>

3. **De dónde proviene la información sobre usted.** La información sobre usted proviene de lugares donde le han brindando atención médica o del seguro médico (“Fuentes de información”). Esto podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de salud electrónica que intercambian información de salud electrónicamente. Puede obtener una lista completa de las Fuentes de información actuales de HIE en NYU Hospitals Center o a través de su proveedor de atención médica que es Participante de HIE, según corresponda. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de información en cualquier momento visitando el sitio web de NYULMC HIE, <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **Puede comunicarse con el Funcionario encargado de temas de privacidad [Privacy Officer] de NYULMC HIE escribiendo a: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10016, o llamando al: 212-404-4079. Healthix pone a su disposición una lista completa de las Fuentes de información actuales de Healthix que usted puede obtener en cualquier momento visitando el sitio web de Healthix en <http://www.healthix.org> o llamando a Healthix al 877-695-4749.**

**[Where Health Information About You Comes From.** Information about you comes from places that have provided you with medical care or health insurance (“Information Sources”). These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, health insurers, the Medicaid program, and other ehealth organizations that exchange health information electronically. A complete list of current HIE Information Sources is available from NYU Hospitals Center or your HIE Participant health care provider, as applicable. You can obtain an updated list of Information Sources at any time by checking the NYULMC HIE website <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **You can contact the NYULMC HIE Privacy Officer by writing to: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10016 or calling: 212-404-4079. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling Healthix at 877-695-4749.]**

- 4. Quién puede acceder a la información sobre usted, si otorga su consentimiento.** Solamente estas personas pueden tener acceso a su información: médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de un Participante aprobado de HIE o de un Proveedor aprobado de Care Everywhere que están involucrados en su atención médica; proveedores de atención médica que cubren o están de guardia por médicos de un Participante aprobado de HIE o un Proveedor aprobado de Care Everywhere; personal designado involucrado en actividades de mejora de la calidad o administración de atención de la salud; y miembros del personal de un Participante aprobado de HIE o de un Proveedor aprobado de Care Everywhere que llevan a cabo las actividades permitidas por este Formulario de consentimiento según se describe anteriormente en el párrafo uno.

**[Who May Access Information About You, If You Give Consent.** Only these people may access information about you: doctors and other health care providers who serve on the medical staff of an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider who are involved in your medical care; health care providers who are covering or on call for an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider's doctors; designated staff involved in quality improvement or care management activities; and staff members of an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider who carry out activities permitted by this Consent Form as described above in paragraph one.]

- 5. Sanciones por el acceso o el uso inapropiados de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiados de su información electrónica de salud. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto ni obtenido acceso a su información lo ha hecho, llame a uno de los Participantes de HIE o de los Proveedores de Care Everywhere a quienes ha autorizado para que tengan acceso a sus registros; visite el sitio web de NYULMC HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York [NYS Department of Health] al 1-877-690-2211. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto ni obtenido acceso a su información lo ha hecho a través de Healthix, llame a Healthix al: 1-877-695-4749, visite el sitio web de Healthix: <http://www.healthix.org> o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-877-690-2211.

**[Penalties for Improper Access to or Use of Your Information.** There are penalties for inappropriate access to or use of your electronic health information. If at any time you suspect that someone who should not have seen or gotten access to information about you has done so, call one of the HIE Participants or Care Everywhere Providers you have approved to access your records; visit the NYULMC HIE website: <http://health-connect.med.nyu.edu/> or call the NYS Department of Health at 877-690-2211. If at any time you suspect that someone should not have seen or gotten access to information about you has done so through Healthix, call Healthix at: 877-695-4749; or visit Healthix's website: <http://www.healthix.org>; or call the NYS Department of Health at 877-690-2211.]

- 6. Nueva divulgación de la información.** Toda información electrónica de salud sobre usted podría volver a ser divulgada por un Participante de HIE o un Proveedor de Care Everywhere a otros solo en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información de salud sobre usted que existe en forma impresa. Según lo indicado anteriormente en el punto 2, si usted otorga su consentimiento, TODA su información electrónica de salud, incluida la información de salud delicada, estará disponible a través de NYULMC HIE y Healthix. Algunas leyes estatales y federales proveen protecciones especiales para algunos tipos de información de salud delicada, que incluyen: (i) su evaluación, tratamiento o examen de una enfermedad por parte de ciertos proveedores; (ii) VIH/SIDA; (iii) enfermedad mental; (iv) retraso mental e impedimentos del desarrollo; (v) abuso de sustancias; y (vi) pruebas de predisposición genética. Sus requisitos especiales deben cumplirse siempre que una persona reciba este tipo de información de salud delicada. NYULMC HIE, Healthix y las personas que tienen acceso a esta información por medio de estos intercambios de información de salud, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, deben cumplir estos requisitos.

**[Re-disclosure of Information.** Any electronic health information about you may be re-disclosed by an HIE Participant or Care Everywhere Provider to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. This is also true for health information about you that exists in a paper form. As stated in #2 above, if you give consent, ALL of your electronic health information, including sensitive health information will be available through the NYULMC HIE and Healthix. Some state and federal laws provide special protections for some kinds of sensitive health information, including related to: (i) your assessment, treatment or examination of a health condition by certain providers; (ii) HIV/AIDS; (iii) mental illness; (iv) mental retardation and developmental disabilities; (v) substance abuse; and (vi) predisposition genetic testing. Their special requirements must be followed whenever people receive these kinds of sensitive health information. The NYULMC HIE, Healthix and persons, including Care Everywhere Providers, who access this information through these health information exchanges must comply with these requirements.]

7. **Período de validez.** Este Formulario de consentimiento tendrá validez hasta el día en que retire su consentimiento o hasta el momento en que NYULMC HIE deje de funcionar, o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra más tarde.

[**Effective Period.** This Consent Form will remain in effect until the day you withdraw your consent or until such time the NYULMC HIE ceases operation, or until 50 years after your death, whichever is later.]

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento al firmar un nuevo Formulario de consentimiento y seleccionando **NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO**. Puede obtener estos formularios en el sitio web de NYULMC HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Una vez que los haya completado, envíelos por fax al 917-829-2096 o entréguelos a su proveedor.

[**Withdrawing Your Consent.** You can withdraw your consent at any time by signing a new Consent Form and selecting **I DENY CONSENT**. You can get these forms on the NYULMC HIE website <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Once completed please fax to 917-829-2096 or submit to your provider.]

**Nota: Las organizaciones, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, que tienen acceso a su información de salud a través de NYULMC HIE y/o Healthix mientras su consentimiento tiene validez, podrían copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si más adelante decide retirar su consentimiento, esas organizaciones no están obligadas a devolver ni eliminar la información de sus registros.**

[**Note: Organizations, including Care Everywhere Providers, that access your health information through the NYULMC HIE and/or Healthix while your consent is in effect may copy or include your information in their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.**]

9. **Qué sucede si se niega a marcar una casilla (hacer una elección).** A menos que marque la casilla que dice “NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO”, las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que le están tratando en caso de una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, lo que incluye registros que están disponibles a través de NYULMC HIE. Si usted no elige una de las dos opciones, los registros no se compartirán, excepto en caso de emergencia según lo permitido por las leyes del estado de Nueva York.

[**Refusing to Check a Box (make a choice).** Unless you check the “I DENY CONSENT” box, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the NYULMC HIE. If you do not make a choice, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.]

10. **Copia del formulario.** Puede obtener una copia de este Formulario de consentimiento después de firmarlo.

[**Copy of Form.** You are entitled to get a copy of this Consent Form after you sign it.]

11. **Riesgos que corre si no otorga su consentimiento.** Si usted no otorga su consentimiento para que los Participantes de HIE y los Proveedores de Care Everywhere tengan acceso a su información a través de NYULMC HIE y Healthix, es posible que sus proveedores de atención médica no puedan tener acceso de manera oportuna a información de salud importante sobre usted obtenida en una visita anterior.

[**Risks of Denying Consent.** If you deny consent for HIE Participants and Care Everywhere Providers to access your information through the NYULMC HIE and Healthix, your healthcare providers may not be able to access critical health information about you, obtained during a prior encounter, in a timely manner.]



**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD,  
CARE EVERYWHERE Y HEALTHIX  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
[HEALTH INFORMATION EXCHANGE,  
CARE EVERYWHERE AND HEALTHIX  
CONSENT FORM]**

En este Formulario de consentimiento, usted puede elegir si desea permitir a los proveedores de atención médica mencionados en el sitio web de Intercambio de información de salud [Health Information Exchange] de NYU Langone Medical Center ("NYULMC HIE"), <http://health-connect.med.nyu.edu/>, ("Participantes de HIE"), y a los proveedores de atención médica no pertenecientes a NYU que puedan solicitar acceso a sus registros clínicos a los fines de su tratamiento actual ("Proveedores de Care Everywhere") obtener acceso a su historia clínica a través de una red informática administrada por NYULMC HIE. A fin de que un Proveedor de Care Everywhere sepa que esa información podría estar disponible a través de NYULMC HIE, debe informarle que usted era o es paciente de un Participante de HIE y que dicha información podría estar disponible si se la solicita. Esto puede ayudar a recopilar historias clínicas que usted tiene en diferentes lugares donde le brindan atención médica, y hace que estén disponibles en forma electrónica para los proveedores que le brindan tratamiento.

[In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Medical Center Health Information Exchange ("NYULMC HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU health care providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the NYULMC HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the NYULMC HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available electronically to the providers treating you.]

También podrá utilizar este Formulario de consentimiento para decidir si permitir o no a todos los empleados, agentes o integrantes del personal médico de NYU Hospitals Center ver sus registros médicos electrónicos y obtener acceso a estos a través de Healthix, que es un Intercambio de información de salud, o de la Organización Regional de Información de Salud [Regional Health Information Organization, RHIO], una organización sin fines de lucro reconocida por el estado de Nueva York. Esto también puede ayudar a recopilar historias clínicas que usted tiene en diferentes lugares donde le brindan atención médica, y hace que estén disponibles de forma electrónica para los proveedores que le brindan tratamiento. Este consentimiento también otorga su permiso para que cualquier programa de NYU Langone Medical Center del cual usted sea paciente o integrante acceda a sus registros de otros proveedores de atención médica autorizados a divulgar información a través de Healthix. Healthix pone a su disposición una lista completa de las Fuentes de información actuales de Healthix que usted puede obtener en cualquier momento visitando el sitio web de Healthix en <http://www.healthix.org> o llamando a Healthix al 1-877-695-4749. Si usted lo solicita, su proveedor le imprimirá esta lista desde el sitio web de Healthix.

[You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staff of NYU Hospitals Center to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization (RHIO), a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Medical Center program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling Healthix at 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from the Healthix website.]

**SU ELECCIÓN NO AFECTARÁ LA CAPACIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA O COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO. SU ELECCIÓN DE OTORGAR O DE NO OTORGAR EL CONSENTIMIENTO NO PODRÁ SER EL MOTIVO DE UNA DENEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

**[YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.]**

NYULMC HIE y Healthix comparten información sobre la salud de las personas de forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir se denomina ehealth (salud electrónica) o tecnología de información sanitaria (TI sanitaria). Para obtener más información sobre ehealth en el estado de Nueva York, lea el folleto "Mejor información significa mejor atención" [Better Information Means Better Care]. Puede solicitar este folleto a su proveedor de atención médica o buscarlo en el sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

[The NYULMC HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology (health IT). To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care." You can ask your health care provider for it, or go to the website [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).]

**LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN LA HOJA INFORMATIVA ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN.**

**[PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION.]**

**Sus opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o más adelante. Tiene las siguientes opciones: Marque la casilla 1 o 2:

**[Your Consent Choices.** You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Please check one box ☒ below:]

☐

**1. OTORGO MI CONSENTIMIENTO a TODOS los Participantes de HIE mencionados en el sitio web de NYULMC HIE y a TODOS los Proveedores de Care Everywhere para que tengan acceso a TODA mi información electrónica de salud a través de NYULMC HIE, y OTORGO MI CONSENTIMIENTO a TODOS los empleados, agentes e integrantes del personal médico de NYU Hospitals Center para que tengan acceso a TODA mi información electrónica de salud a través de HEALTHIX en relación con cualquiera de los propósitos permitidos descritos en la hoja informativa, que incluyen proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.**

**[1. I GIVE CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the NYULMC HIE website and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the NYULMC HIE and I GIVE CONSENT to ALL employees, agents and members of the medical staff of NYU Hospitals Center to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.]**

☐

**2. NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO a NINGUNO de los Participantes de HIE mencionados en el sitio web de NYULMC HIE ni a los Proveedores de Care Everywhere para que tengan acceso a mi información electrónica de salud a través de NYULMC HIE o HEALTHIX por cualquier propósito, incluso en caso de una emergencia médica.**

**[2. I DENY CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the NYULMC HIE website and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the NYULMC HIE or HEALTHIX for any purpose, even in a medical emergency.]**

**NOTA: A MENOS QUE MARQUE LA CASILLA QUE DICE "NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO", las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que lo están tratando en caso de una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, lo que incluye registros que están disponibles por medio de NYULMC HIE. SI USTED NO ELIGE UNA DE LAS DOS OPCIONES, los registros no se compartirán, excepto en caso de emergencia según lo permitido por las leyes del estado de Nueva York.**

**[NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the NYULMC HIE. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.]**

Nombre del paciente en letra de IMPRENTA  
[PRINT Name of Patient]

Fecha de nacimiento del paciente  
[Patient Date of Birth]

Firma del paciente o representante legal del paciente  
[Signature of Patient or Patient's Legal Representative]

Fecha  
[Date]

Nombre, en letra imprenta, del Representante  
legal (si corresponde)  
[Print Name of Legal Representative (if applicable)]

Relación del representante legal con  
el paciente (si corresponde)  
[Relationship of Legal Representative  
to Patient (if applicable)]

## **Acceso al registro médico en línea de un menor de 12 a 17 años**

### **Requisitos y procedimientos**

#### **[Access to the Online Medical Record of a Child 12-17 Years Old Requirements and Procedures]**

Los padres o tutores legales de pacientes de NYU Hospitals Center y/o de New York University School of Medicine Faculty Group Practice (conjuntamente “NYU Langone Medical Center”) pueden acceder al registro en línea de NYULangoneHealth de sus hijos que tengan entre 12 y 17 años. **Usted solo podrá ver las alergias y vacunaciones de su hijo.**

[Parents or legal guardians of patients of NYU Hospitals Center and/or a New York University School of Medicine Faculty Group Practice (collectively, “NYU Langone Medical Center”) can access the online NYULangoneHealth record for their children who are between 12-17 years old. **You will only be able to view your child’s Allergies and Immunizations.**]

Requisitos para acceder al registro de un menor:

- El padre, la madre o la persona que solicite acceso debe tener derechos de tutela legal.
- Debe completarse y firmarse el formulario de autorización para padre/madre/tutor.
- Cada padre, madre o persona que solicite acceso debe tener su propia cuenta de NYULangoneHealth.

[Requirements for accessing a child’s record:

- Parent or individual requesting access must have legal guardianship rights.
- Parent/Guardian Authorization Form must be completed and signed.
- Each parent or individual requesting access must have his or her own NYULangoneHealth account.]

Comprendo que:

- Debo tener una cuenta de NYULangoneHealth o se me creará una cuenta.
- Debo iniciar sesión en NYULangoneHealth con mi propia identificación de usuario y contraseña.
- Debo hacer clic en 'View Other Records' (ver otros registros) para acceder a la información médica de mi hijo.
- Acepto cumplir con los términos y condiciones del sitio NYULangoneHealth.
- Mi hijo puede negarme el acceso a su información médica en cualquier momento si revoca el consentimiento en línea a través de la solicitud de NYULangoneHealth o si presenta un pedido por escrito para revocarlo a los administradores de NYU Langone Medical Center.
- NYU Langone Medical Center puede negarme el acceso a la información médica de mi hijo si el médico de mi hijo determina, en el ejercicio de su criterio profesional, que conceder acceso es bastante probable que ponga en riesgo la vida o la seguridad de mi hijo.
- Cuando mi hijo cumpla 18 años, el acceso finalizará de manera automática.
- El registro de NYULangoneHealth **no es el registro médico completo del paciente.**

[I understand that:

- I must have a NYULangoneHealth account or an account will be established for me.
- I must log in to NYULangoneHealth with my own User ID & Password.
- I must click on 'View Other Records' to access my child's medical information.
- I agree to abide by the terms and conditions of the NYULangoneHealth site.
- My child may deny me access to his or her medical information at any time by revoking consent online via the NYULangoneHealth application or by submitting a written request to revoke to NYU Langone Medical Center administrators.
- NYU Langone Medical Center may deny me access to my child’s medical information if my child’s physician determines in the exercise of professional judgment that granting access is reasonably likely to endanger the life or safety of my child.
- When my child turns 18 years old, access will be automatically terminated.
- The NYULangoneHealth **record is not to the patient’s complete medical record.**]

El acceso del padre/la madre/el tutor legal al registro de un menor finaliza cuando:

- El menor o el padre/la madre/el tutor legal presentan una solicitud o lo revocan en línea.
- El menor cumple 12 años (**el padre/la madre y el menor** deben volver a autorizar el acceso a los 12 años).
- El menor cumple 18 años.
- El menor informa y suministra evidencia a NYU Langone Medical Center de su estado emancipado.
- No se pueden resolver disputas con respecto al acceso entre los padres o entre el padre/la madre y el menor.

[Parent/Legal Guardian access to a child's record is terminated when:

- Child or Parent/legal guardian submits a request or revokes online
- Child turns 12 years old (**parent and child** must re-authorize access at age 12)
- Child turns 18 years old
- Child advises and provides evidence to NYU Langone Medical Center of his/her emancipated status
- Parent/parent or parent/child access disputes cannot be resolved]

El acceso de un menor a la información médica en línea finaliza cuando finaliza todo acceso del padre/la madre/el tutor legal. NYU Langone Medical Center se reserva el derecho de dar por finalizado el acceso en línea a la información médica en cualquier momento.

[A child's access to online medical information is terminated when all parent/legal guardian access is terminated. NYU Langone Medical Center reserves the right to terminate online access to medical information at any time.]

Las comunicaciones en nombre de su hijo deben enviarse a través de NYULangoneHealth desde el registro de su hijo y las respuestas se recibirán en el registro de su hijo. Los avisos por correo electrónico de NYULangoneHealth se enviarán a la dirección de correo electrónico ingresada en el registro del menor. Cuando un padre/madre o tutor obtiene acceso al registro médico en línea del menor, la pantalla de NYULangoneHealth tendrá una trama de color verde y el nombre del paciente dentro de la pancarta.

[Communications on behalf of your child must be sent through NYULangoneHealth from your child's record and responses will be received in your child's record. NYULangoneHealth email alerts will be sent to the email address entered in the child's record. When a parent or guardian is accessing a child's online medical record, the NYULangoneHealth screen will have a green color scheme and the patient's name within the banner.]

Si usted tiene una cuenta de NYULangoneHealth, recibirá un mensaje de NYULangoneHealth cuando el acceso al registro adicional del paciente esté disponible, normalmente entre 5 y 7 días hábiles después de recibir el formulario de autorización completo.

[If you have a NYULangoneHealth account, you will receive a NYULangoneHealth message when access to the additional patient's record is available, typically 5 to 7 business days after the completed authorization form is received.]

Si no tiene una cuenta de NYULangoneHealth, recibirá una carta de activación de NYULangoneHealth con las instrucciones sobre cómo crear una. Si no activa su cuenta dentro de los 60 días posteriores a recibir su carta de activación de NYULangoneHealth, la cuenta de su hijo se desactivará. Active rápidamente su cuenta.

[If you do not have a NYULangoneHealth account, you will receive a NYULangoneHealth Activation Letter with instructions on how to create one. If you do not activate your account within 60 days after receiving your NYULangoneHealth Activation Letter, your child's account will be inactivated. Please promptly activate your account.]

**Acceso al registro médico en línea de un menor de 12 a 17 años**  
**Formulario de autorización para el padre/la madre/el tutor**  
**[Access to the Online Medical Record of a Child 12-17 Years Old**  
**Parent/Guardian Authorization Form]**

Ingrese la información del **menor**:  
 [Please enter **Child's** information:]

Nombre del menor[Child's Name]: \_\_\_\_\_

Dirección[Address]: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento[Date of Birth]: \_\_\_\_\_

Sexo[Gender]: \_\_\_\_\_ Masculino [Male] \_\_\_\_\_ Femenino [Female]

**Para recibir un aviso cuando se envían nuevos mensajes sobre la atención de su hijo a NYULangoneHealth, indique su dirección de correo electrónico (no la dirección de correo electrónico del paciente)**

**[To be notified when new messages about your child's care are sent to NYULangoneHealth, please list your email address (not the patient's email address)]: \_\_\_\_\_**

**Se requiere la dirección de correo electrónico a fin de comunicarse con usted (código de activación, etc.).**

**[Email Address is required in order to communicate with you (activation code, etc.).]**

Ingrese la información del **padre/la madre/el tutor legal**:  
 [Please enter **Parent/Legal Guardian** information:]

Nombre del padre/la madre[Parent Name]: \_\_\_\_\_

Dirección[Address]: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento [Date of Birth]: \_\_\_\_\_

Sexo [Gender]: \_\_\_\_\_ Masculino [Male] \_\_\_\_\_ Femenino [Female]

Nombre(s) anterior(es), p. ej., nombre de soltera[Former Name(s) - e.g. maiden name]: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_ Padre/Madre \_\_\_\_ Padre/Madre adoptivo(a) \_\_\_\_ Tutor legal \_\_\_\_ Otra  
 [Relationship to child: \_\_\_\_ Parent \_\_\_\_ Adoptive Parent \_\_\_\_ Legal Guardian \_\_\_\_ Other]

**Si la respuesta es Otra, especifique[If Other, please specify]:**

**Nota: El acceso al registro en línea del menor solo está a disposición de los padres o personas con tutela legal.**

**[Note: Access to child's online record is only available to parents or individuals with legal guardianship.]**

¿Tiene usted (padre/madre/tutor legal) una cuenta de NYULangoneHealth activa? \_\_ Sí \_\_ No \_\_ No sé  
 [Do you (parent/legal guardian) have an active NYULangoneHealth account? \_\_ Yes \_\_ No \_\_ Don't Know]

He leído y comprendo los requisitos y procedimientos para obtener acceso en línea a la información de NYULangoneHealth de mi hijo como se establece en la página uno de este documento titulado Acceso al registro médico en línea de un menor de 12 a 17 años para el padre/la madre/el tutor.

[I have read and understand the requirements and procedures for accessing my child's NYULangoneHealth information online as provided on page one of this document titled, Parent/Guardian Access to the Online Medical Record of a Child 12-17 Years Old.]

Certifico que soy el padre/la madre o el tutor legal del menor indicado anteriormente y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por la presente solicito acceso al registro en línea de NYULangoneHealth de mi hijo.

[I certify that I am the parent or legal guardian of the child listed above and that all information I have provided is correct. I hereby request access to my child's NYULangoneHealth online record.]

\_\_\_\_\_  
Fecha  
[Date]

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor legal  
[Parent/Legal Guardian Signature]

Certifico que tengo al menos 12 años de edad y que toda la información indicada anteriormente es correcta. Por la presente solicito que se conceda acceso a mi padre/madre o tutor legal nombrado anteriormente a mi registro en línea de NYULangoneHealth.

[I certify that I am at least 12 years old and that all of the information listed above is correct. I hereby request that my parent or guardian named above be given access to my NYULangoneHealth online record.]

\_\_\_\_\_  
Fecha  
[Date]

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
[Patient's Signature]

\_\_\_\_\_  
Fecha  
[Date]

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo  
[Witness Signature]

## Acceso al registro médico en línea de un menor de menos de 12 años

### Requisitos y procedimientos

#### [Access to the Online Medical Record of a Child Under 12 Years Old Requirements and Procedures]

Los padres o tutores legales de pacientes de NYU Hospitals Center y/o de New York University School of Medicine Faculty Group Practice (conjuntamente “NYU Langone Medical Center”) pueden acceder al registro médico en línea de sus hijos que tengan menos de 12 años.

[Parents or legal guardians of patients of NYU Hospitals Center and/or a New York University School of Medicine Faculty Group Practice (collectively, “NYU Langone Medical Center”) can access the online medical record for their children who are under 12 years old.]

Requisitos para acceder al registro de NYULangoneHealth de un menor:

- El padre, la madre u otra persona que solicite acceso debe tener derechos de tutela legal.
- Debe completarse y firmarse el formulario de autorización para padre/madre/tutor.
- Cada padre, madre o tutor que solicite acceso debe tener su propia cuenta de NYULangoneHealth.

[Requirements for accessing a child’s NYULangoneHealth record:

- A parent or other individual requesting access must have legal guardianship rights.
- Parent/Guardian Authorization Form must be completed and signed.
- Each parent or guardian requesting access must have his or her own NYULangoneHealth account.]

Comprendo que:

- Debo tener una cuenta de NYULangoneHealth o se me creará una cuenta.
- Debo iniciar sesión en NYULangoneHealth con mi propia identificación de usuario y contraseña.
- Debo hacer clic en 'View Other Records' (ver otros registros) para acceder a la información médica de mi hijo.
- Acepto cumplir con los términos y condiciones del sitio NYULangoneHealth.
- NYU Langone Medical Center puede negarme el acceso a la información médica de mi hijo si el médico de mi hijo determina, en el ejercicio de su criterio profesional, que conceder acceso es bastante probable que ponga en riesgo la vida o la seguridad de mi hijo.
- Cuando mi hijo cumpla 12 años, el acceso finalizará automáticamente y tendré que enviar el formulario apropiado con las firmas necesarias para volver a autorizar el acceso.
- El registro de NYULangoneHealth **no es el registro médico completo del paciente.**

[I understand that:

- I must have a NYULangoneHealth account or an account will be established for me
- I must log in to NYULangoneHealth with my own User ID & Password
- I must click on 'View Other Records' to access my child's medical information
- I agree to abide by the terms and conditions of the NYULangoneHealth site
- NYU Langone Medical Center may deny me access to my child’s medical information if my child’s physician determines in the exercise of professional judgment that granting access is reasonably likely to endanger the life or safety of my child
- When my child turns 12 years old, access will be automatically terminated, and I will need to send the appropriate form with required signatures to re-authorize access
- The NYULangoneHealth **record is not the patient’s complete medical record.**]

El acceso del padre/la madre/el tutor legal al registro de un menor finaliza cuando:

- El padre/la madre/el tutor legal presentan una solicitud o lo revocan en línea.
- El menor cumple 12 años (el padre/la madre y el menor deben volver a autorizar el acceso).
- El menor cumple 18 años.
- El menor informa y suministra evidencia a NYU Langone Medical Center de su estado emancipado.



- No se pueden resolver disputas con respecto al acceso entre los padres o entre el padre/la madre y el menor.

[Parent/Legal Guardian access to a child's record is terminated when:

- Parent/legal guardian submits a request or revokes online
- Child turns 12 years old (parent and child must re-authorize access)
- Child turns 18 years old
- Child advises and provides evidence to NYU Langone Medical Center of his/her emancipated status
- Parent/parent or parent/child access disputes cannot be resolved]

El acceso de un menor a la información médica en línea finaliza cuando finaliza todo acceso del padre/la madre/el tutor legal. NYU Langone Medical Center se reserva el derecho de revocar el acceso en línea a la información médica en cualquier momento.

[A child's access to online medical information is terminated when all parent/legal guardian access is terminated. NYU Langone Medical Center reserves the right to revoke online access to medical information at any time.]

Las comunicaciones en nombre de su hijo deben enviarse a través de NYULangoneHealth desde su cuenta de NYULangoneHealth y las respuestas sobre su hijo se recibirán en su cuenta de NYULangoneHealth. Los avisos por correo electrónico de NYULangoneHealth se enviarán a la dirección de correo electrónico que usted proporcione en el formulario de autorización. Cuando un padre/madre o tutor obtiene acceso al registro médico en línea del menor, la pantalla de NYULangoneHealth tendrá una trama de color verde y el nombre del paciente dentro de la pancarta.

[Communications on behalf of your child must be sent through NYULangoneHealth from your NYULangoneHealth account and responses about your child will be received in your NYULangoneHealth account. NYULangoneHealth email alerts will be sent to the email address provided by you on the authorization form. When a parent or guardian is accessing a child's online medical record, the NYULangoneHealth screen will have a green color scheme and the patient's name within the banner.]

Si usted tiene una cuenta de NYULangoneHealth, recibirá un mensaje de NYULangoneHealth cuando el acceso al registro adicional del paciente esté disponible, normalmente entre 5 y 7 días hábiles después de recibir el formulario de autorización completo.

[If you have a NYULangoneHealth account, you will receive a NYULangoneHealth message when access to the additional patient's record is available, typically 5 to 7 business days after completed authorization form is received.]

Si no tiene una cuenta de NYULangoneHealth, recibirá una carta de activación de NYULangoneHealth con las instrucciones sobre cómo crear una. Si no activa su cuenta dentro de los 60 días posteriores a recibir su carta de activación de NYULangoneHealth, la cuenta de su hijo se desactivará. Active rápidamente su cuenta.

[If you do not have a NYULangoneHealth account, you will receive a NYULangoneHealth Activation Letter with instructions on how to create one. If you do not activate your account within 60 days after receiving your NYULangoneHealth Activation Letter, your child's account will be inactivated. Please promptly activate your account.]

**Formulario de autorización para el padre/la madre/el tutor**  
**[Access to the Online Medical Record of a Child Under 12 Years Old**  
**Parent/Guardian Authorization Form]**

Ingrese la información del **menor**:

[Please enter **Child's** information:]

Nombre del menor[Child's Name]: \_\_\_\_\_

Dirección[Address]: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento[Date of Birth]: \_\_\_\_\_

Sexo[Gender]: \_\_\_\_\_ Masculino [Male] \_\_\_\_\_ Femenino [Female]

**Para recibir un aviso cuando se envían nuevos mensajes sobre la atención de su hijo a**

**NYULangoneHealth, indique su dirección de correo electrónico**

**[To be notified when new messages about your child's care are sent to NYULangoneHealth, please list your email address]:** \_\_\_\_\_

**Se requiere la dirección de correo electrónico a fin de comunicarse con usted (código de activación, etc.).**

**[Email Address is required in order to communicate with you (activation code, etc.).]**

Ingrese la información del **padre/la madre/el tutor legal**:

[Please enter **Parent/Legal Guardian** information:]

Nombre del padre/la madre[Parent Name]: \_\_\_\_\_

Dirección[Address]: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento [Date of Birth]: \_\_\_\_\_

Sexo [Gender]: \_\_\_\_\_ Masculino [Male] \_\_\_\_\_ Femenino [Female]

Nombre(s) anterior(es), p. ej., nombre de soltera[Former Name(s) - e.g. maiden name]: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_ Padre/Madre \_\_\_\_ Padre/Madre adoptivo(a) \_\_\_\_ Tutor legal \_\_\_\_ Otra

[Relationship to child: \_\_\_\_ Parent \_\_\_\_ Adoptive Parent \_\_\_\_ Legal Guardian \_\_\_\_ Other]

**Si la respuesta es Otra, especifique[If Other, please specify]:**

**Nota: El acceso al registro en línea del menor solo está a disposición de los padres o personas con tutela legal.**

**[Note: Access to child's online record is only available to parents or individuals with legal guardianship.]**

¿Tiene usted (padre/madre/tutor legal) una cuenta de NYULangoneHealth activa? \_\_Sí \_\_ No \_\_ No sé

[Do you (parent/legal guardian) have an active NYULangoneHealth account? \_\_Yes \_\_ No \_\_ Don't Know]

**He leído y comprendo los requisitos y procedimientos para obtener acceso en línea a la información del registro médico de mi hijo como se establece en la página uno de este documento titulado Acceso al registro médico en línea de NYULangoneHealth de un menor de menos de 12 años.**

**[I have read and understand the requirements and procedures for accessing my child's medical record information online as provided on page one of this document titled, Access to the Online NYULangoneHealth Record of a Child Under 12 Years Old.]**

**Certifico que soy el padre/la madre o el tutor legal del menor indicado anteriormente y que toda la información que he proporcionado es correcta. Por la presente solicito acceso al registro en línea de mi hijo.**

**[I certify that I am the parent or legal guardian of the child listed above and that all information I have provided is correct. I hereby request access to my child's online record.]**

\_\_\_\_\_  
Fecha  
[Date]

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor legal  
[Parent/Legal Guardian Signature]

\_\_\_\_\_  
Fecha  
[Date]

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo  
[Witness Signature]

## Información de farmacias

Con la instalación de Epic, el nuevo sistema electrónico de historias clínicas, en este consultorio médico, su médico ahora podrá realizar recetas electrónicas. Esto significa que todas las recetas que su médico le dé hoy serán automáticamente enviadas a la farmacia que usted elija y ya no tendremos que proporcionarle recetas escritas a mano. Además, cuando se agoten las reposiciones de su medicamento, el farmacéutico ahora podrá enviar electrónicamente solicitudes de renovación a este consultorio para su aprobación. **\*\*Nota:** Los medicamentos controlados no son elegibles para las recetas electrónicas.

Complete la siguiente información si está interesado en las recetas electrónicas.

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

<b>Farmacia preferida</b>	
<b>Nombre de la farmacia:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Ciudad:</b>	
<b>Estado:</b>	
<b>Código postal:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Número de fax:</b>	

<b>Farmacia alternativa</b>	
<b>Nombre de la farmacia:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Ciudad:</b>	
<b>Estado:</b>	
<b>Código postal:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Número de fax:</b>	

## Información de laboratorio

Indique con una marca junto a una de las siguientes opciones cuál es su laboratorio preferido. Algunos planes de seguro requieren que los pacientes cubiertos utilicen laboratorios específicos. Si no se cumplen con estas pautas, el paciente será responsable de pagar algunas facturas. Si no sabe cuál laboratorio elegir, comuníquese con su compañía aseguradora. **Si no elije un laboratorio, el consultorio médico enviará de forma predeterminada cualquier análisis de laboratorio al laboratorio de NYU.**

LabCorp	
Quest Labs	
NYU Lab	
Otro centro externo	

Proporcione el nombre del centro externo: \_\_\_\_\_



## **INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DEL LABORATORIO DE PRÁCTICA GRUPAL DEL PROFESORADO [FACULTY GROUP PRACTICE]**

Gracias por elegir la Práctica Grupal del Profesorado [Faculty Group Practice] de NYU Langone Medical Center para su atención médica. Todos los servicios de laboratorio o muestras proporcionados por NYU se envían al laboratorio ambulatorio de NYU Langone Medical Center para su procesamiento. El laboratorio ambulatorio es un servicio hospitalario que se factura aparte de la visita a su médico. El laboratorio de NYU Langone Medical Center participa en la mayoría de los planes de seguro; sin embargo, algunos planes prefieren un laboratorio específico. Debe revisar su plan de laboratorio para entender sus beneficios ya que los servicios prestados podrían estar sujetos a deducibles y coseguros hospitalarios. Es su responsabilidad entender los beneficios de su plan de seguro y notificar en cada visita a nuestro personal o a nuestros médicos cuál es su laboratorio preferido. Según su solicitud, enviaremos la muestra al laboratorio de su elección.

Si tiene más preguntas, nuestro personal de práctica las contestará o lo referirá a su compañía aseguradora.

## OFRECIMIENTO DE PRUEBA DEL VIH

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York exige el ofrecimiento de pruebas relacionadas con el VIH a personas de entre 13 y 64 años de edad, y a personas menores o mayores si existe evidencia o indicios de actividad riesgosa. La ley se aplica a entornos de atención médica: unidad de pacientes hospitalizados de un hospital general, departamento de emergencias de un hospital general, servicios de atención primaria en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital y de un centro de diagnóstico y tratamiento, y consultorio privado de un médico que ofrece atención primaria. Las excepciones a este ofrecimiento obligatorio incluyen a personas tratadas por una emergencia que pone en riesgo su vida, personas a quienes se les ha realizado anteriormente el ofrecimiento o que se han realizado una prueba relacionada con el VIH y personas que no tienen capacidad para dar su consentimiento (y ninguna otra persona adecuada se encuentra disponible para proporcionarlo).

Antes del consentimiento o la prueba, la persona que ordena la prueba debe proporcionar la siguiente información:

- El VIH es el virus que provoca SIDA y puede transmitirse por mantener actividades sexuales y por compartir agujas; además una mujer embarazada infectada con VIH puede transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo, el parto o el período de amamantamiento.
- Hay tratamientos para el VIH/SIDA que pueden ayudar a que la persona se mantenga sana.
- Las personas con VIH/SIDA pueden adoptar prácticas seguras para evitar que personas no infectadas se contagien de VIH y que personas infectadas se contagien de cepas adicionales del VIH.
- La prueba es voluntaria y puede realizarse de forma anónima en un centro público de pruebas.
- La ley protege la confidencialidad de los resultados de la prueba del VIH y cualquier otra información relacionada.
- La ley prohíbe la discriminación sobre la base del estado con relación al VIH de una persona, y se encuentran disponibles servicios para ayudar con tales consecuencias.
- La ley permite que el consentimiento informado de una persona para las pruebas relacionadas con el VIH sea válido para dichas pruebas hasta que el consentimiento sea revocado o venza según sus términos.

**¿Por qué es importante la prueba?** Conocer el estado con relación al VIH es importante para su salud. Si el resultado de su prueba es negativo, puede aprender a evitar contagiarse en el futuro. Si su resultado es positivo, puede tomar medidas para evitar contagiar el virus a otras personas, también puede recibir tratamiento para el VIH y aprender otras formas de mantenerse sano.

\_\_\_\_\_ Sí, acepto el ofrecimiento de la prueba del VIH.

\_\_\_\_\_ No deseo realizarme la prueba del VIH hoy.

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

Número de historia clínica (Medical Record Number, MRN): \_\_\_\_\_

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

(Paciente o persona autorizada para otorgar el consentimiento)



**Faculty Group Practice  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS  
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN**

**Entiendo las políticas de NYU Faculty Group Practice que tienen como objetivo asegurar el acceso igualitario a todos los pacientes. Es posible que esto incluya el uso de intérpretes profesionales para que los pacientes y las familias que prefieran hablar de su atención médica en un idioma que no sea inglés puedan comunicarse de manera efectiva con su médico. Entiendo que no debo pagar por estos servicios.**

[I understand the NYU Faculty Group Practice's policies to ensure equal access to all patients. This may include the use of professional interpreters so patients and families who prefer to communicate their healthcare in a language other than English and their doctor can communicate effectively. I understand that I do not have to pay for these services.]

**Acepto que un intérprete profesional esté presente cuando me reúna con mi médico para hablar sobre información médica. Entiendo que el trabajo del intérprete se rige por un código de ética profesional, lo que significa que toda la información de la que hable con mi médico o con su personal es confidencial.**

[I agree to having a professional interpreter present when I meet with my doctor to discuss medical information. I understand that the interpreter follows a professional code of ethics which means that all information discussed with my doctor or his staff is confidential]



**Faculty Group Practice**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS**  
**SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN**

**El idioma de mi preferencia es:**  
[My preferred language is]

---

**Nombre del intérprete:**  
[Interpreter Name]

---

**En letra de imprenta**  
[Print Name]

**Intérprete que prestó los servicios:**  
[Interpreter Provided]

---

**Por teléfono**  
[Telephonic]

---

**En persona**  
[Face to Face]

**Permiso otorgado por:**  
[Permission Given by]

---

**Nombre del paciente o del padre, la madre o el tutor legal en letra de imprenta**  
[Print Name of Patient or Parent/Guardian]

---

**Firma del padre, la madre o el tutor legal**  
[Signature of Parent or Guardian]

**Fecha:**  
[Date]

---

**Testigo:**  
[Witnessed by]

---

**Representante del consultorio médico, nombre y cargo**  
[Practice Representative – Name & Title]





**Práctica Grupal del Profesorado (Faculty Group Practice)**  
**CUESTIONARIO PARA PACIENTES SORDOS O CON DEFICIENCIAS AUDITIVAS**

Este documento nos ayudará a conocer la mejor forma de comunicarnos con usted a fin de brindarle los servicios que necesita.

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

Número de historia clínica (Medical Record Number, MRN): \_\_\_\_\_

Yo: Soy sordo \_\_\_\_\_ Tengo deficiencias auditivas \_\_\_\_\_

Me comunico mediante lengua de señas \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\*Necesito un intérprete de lengua de señas \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Puedo expresarme por mí mismo \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Soy bueno leyendo labios o expresiones \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\*Necesito un intérprete oral \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Me siento cómodo comunicándome por escrito \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\*Si desea contar con la presencia de un intérprete, se le brindarán los servicios de uno para usted y el médico sin costo alguno.

Si necesita comunicarse conmigo:

Envíeme un mensaje de texto al \_\_\_\_\_

Llámeme a través de un servicio de retransmisión al \_\_\_\_\_

Envíeme un fax al \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE**  
**[PATIENT UPDATED ADDRESS FORM]**

FECHA: \_\_\_\_\_  
[DATE]

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
[NAME]

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
[DOB]

Yo, \_\_\_\_\_, ratifico que mi domicilio anterior era:  
[I \_\_\_\_\_, verify that my previous address was:]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Actualmente resido en:  
[I now reside at :]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
[Patient's Signature]

**NYU Faculty Group Practice**  
**Solicitud para asistencia financiera**

<p><b>For Internal use only</b></p> <p>Account # _____</p> <p>Amount of W/O \$ _____</p>
--

Envíe su solicitud completada por correo o fax a:

**NYU Physician Services**  
**P.O. Box 415662**  
**Boston, MA 02241**

**N.º de fax: 646-754-7566**

Los pacientes tratados en NYU Langone Medical Center Faculty Group Practice (FGP) son responsables de pagar todos los costos de bolsillo aplicables asociados con su atención, incluidos los copagos, coseguros y/o deducibles.

El Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program) de la FGP brinda descuentos para personas de bajos ingresos que no tienen seguro médico o que han agotado sus beneficios del seguro médico y cumplen con determinadas pautas de ingreso para servicios elegibles. Las exclusiones para este programa son, entre otros, los servicios no cubiertos y los procedimientos optativos para pacientes que están inscritos en planes de seguro con los que los proveedores no tienen contrato.

Para ser elegible, un paciente debe ser ciudadano estadounidense o residente legal y vivir en el estado de Nueva York o en el estado en el que se presta el servicio. Todas las solicitudes se revisarán y aprobarán analizando caso por caso.

***Para garantizar el procesamiento oportuno de su solicitud de asistencia financiera, devuelva la solicitud completada, junto con los documentos de respaldo, en un plazo de 14 días a la dirección antes mencionada.***

<b>Información del paciente</b>	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de la solicitud	
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono particular (    )                      Preferido <input type="checkbox"/>		Teléfono del trabajo (    )                      Preferido <input type="checkbox"/>		Teléfono celular (    )                      Preferido <input type="checkbox"/>
	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Otro:		
	Ciudadanía		Situación de seguro actual <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/> Ha solicitado un programa gubernamental <input type="checkbox"/> Otro:		

  

<b>Información financiera</b>	Situación de empleo del <b>Paciente</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro:		Situación de empleo del <b>Garante</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro:	
	Último día trabajado (si corresponde)		Último día trabajado (si corresponde)	
	Ingreso por salario mensual/desempleo/discapacidad		Ingreso por salario mensual/desempleo/discapacidad	

Otro ingreso mensual (renta, inversión, pensión u otro)		Otro ingreso mensual (renta, inversión, pensión u otro)
<b>Situación de empleo del <u>Cónyuge</u></b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro:		Comentarios:
Último día trabajado (si corresponde)		
Ingreso por salario mensual/desempleo/discapacidad		
Otro ingreso mensual (renta, inversión, pensión u otro)		
Tamaño del grupo familiar	Ingreso total del grupo familiar	

**Las solicitudes completas deben incluir un comprobante de ingresos, entre los que se pueden contar:**

1. Copias de recibos del pago de salario
2. Formularios W2 y/o 1099 más recientes
3. Copia de materiales de solicitud enviados a los servicios financieros para pacientes de hospital
4. Documentación de desempleo
5. Declaración de impuestos más reciente
6. Copias de materiales de solicitud de Medicaid, Family Health Plus o Child Health Plus
7. Carta de respaldo
8. Otros documentos de respaldo

### **CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información antes mencionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa no me permitirá ser elegible para recibir asistencia financiera. *Entiendo que no es posible procesar las solicitudes incompletas.* Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para verificar los datos proporcionados y para fines de facturación y cobranza de conformidad con las leyes federales y estatales vigentes.

Entiendo que se presenta esta solicitud para que Faculty Group Practice pueda determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera de acuerdo con los criterios establecidos en los registros.

Además, acepto proporcionar información adicional según se me solicite a fin de determinar mi elegibilidad. Acepto informar a la FGP sobre cualquier cambio que se produzca en mis necesidades, elegibilidad de seguro, ingresos, bienes, arreglos de alojamiento o dirección cuando esto ocurra.

Al firmar abajo, confirmo que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender.

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

Firma del garante (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Comuníquese con nuestro equipo de servicio al cliente al (877)-648-2964 si tiene preguntas acerca de su solicitud.**

Financial Assistance Application