

Centros de salud de Memorial Hermann para las escuelas
Formulario para el Tiempo de Inactividad: Datos demográficos del paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Anterior	Nombre Preferido
Dirección		Ciudad, Estado		Código postal
Teléfono Fijo	Teléfono Celular ☐ Llamada ☐ Mensaje ☐ Ambos	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico ☐ Sin Correo Electrónico	
Método de Contacto Preferido (elija uno) ☐ Teléfono Celular ☐ Teléfono Fijo ☐ Teléfono del Trabajo ☐ Correo Electrónico ☐ Correo Postal				
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género asignado en su certificado de nacimiento ☐ Masculino ☐ Femenino	Identidad de Género ☐ Identificado como masculino ☐ Identificado como femenino ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Género no binario ☐ Prefiere no divulgar		
Idioma ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Árabe ☐ Otro (<i>Especifique</i>) _____ ☐ No responde				
Origen Étnico ☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino				
Raza ☐ Indígena Estadounidense o Nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Raza Negra o Afroamericana ☐ Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico ☐ Blanca ☐ Otra _____ ☐ No responde				
Contacto en Caso de Emergencia		Relación con el Paciente		Teléfono de Contacto en Caso de Emergencia

Traducido al _____

por _____

El paciente recibió una copia traducida del consentimiento: ☐ Sí ☐ No ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del Padre, la Madre o el Tutor _____ Nombre en Letra de Imprenta _____ Relación con el Paciente _____ Fecha _____ Hora _____

El Padre, la Madre o el Tutor no puede firmar por los siguientes motivos: _____

Fecha de Nacimiento del Padre, la Madre o el Tutor _____

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del Testigo Interno _____ Nombre en Letra de Imprenta _____ Cargo _____ Fecha _____ Hora _____

**MEMORIAL
HERMANN**

School Based Clinics

**Patient Demographic
Downtime Form**

18574S (3/26)



Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Date of Birth: _____

Memorial Hermann Health System
Formulario para el Tiempo de Inactividad: Comunicaciones/Usos y divulgación de la PHI

AUTORIZACIÓN PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS DE ATENCIÓN DE SALUD:

Memorial Hermann envía información de salud útil por medio de comunicaciones (como recordatorios de citas) por mensajes de texto o correos electrónicos (sin cifrar) de forma periódica. Existe cierto riesgo de que otra persona que no sea usted lea la información incluida en los mensajes de texto convencionales, RCS, SMS o correo electrónico. **Puede cancelar el servicio de mensajes de texto enviando la palabra "STOP" (Detener) al número correspondiente.** Su solicitud de exclusión generará un mensaje final en el que se confirmará que ya se canceló su registro. Ya no recibirá mensajes de texto del número emisor. Si desea recibirlos de nuevo, regístrese por medio de My Memorial Hermann o envíe la palabra "START" (Comenzar) al número de teléfono del que se le envió el mensaje de texto inicialmente. **Para obtener ayuda, envíe un mensaje de texto con la palabra "HELP" (Ayuda) al número de exclusión o llame al 713-222-CARE para recibir asistencia.** La frecuencia de los mensajes puede variar y es posible que se apliquen tarifas de mensajería y datos a cualquier mensaje que usted envíe o reciba. Además de administrar sus preferencias en My Memorial Hermann, es posible que deba contestar la llamada o responder directamente a la persona que llama para cancelar el servicio.

AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA DESDE EL HOGAR O UN TELÉFONO CELULAR (FACTURACIÓN):

Reconozco que tengo la opción de autorizar a Memorial Hermann para que los proveedores y profesionales que brindan atención o interpretan mis pruebas, en conjunto con sus agentes de servicios de facturación o recaudación o abogados que trabajan en su nombre, se comuniquen conmigo con fines de pago por servicios mediante un número de teléfono particular o un número de teléfono celular, como también mediante mensajes pregrabados, mensajes con voz artificial, servicios de discado automatizado u otros servicios tecnológicos asistidos por computadora. **Además de administrar sus preferencias en MyChart, es posible que deba contestar la llamada o responder directamente a la persona que llama para no recibir más llamadas.**

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIONES POR TELÉFONO CELULAR/HOGAR (RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA):

Reconozco que tengo la opción de autorizar a Memorial Hermann para que los proveedores, profesionales de la salud, socios comerciales o proveedores que prestan servicios, interpretan análisis de laboratorio y diagnósticos en su nombre, se comuniquen conmigo mediante tecnología automatizada asistida por computadora o inteligencia artificial. **Además de administrar sus preferencias en MyChart, es posible que deba contestar la llamada o responder directamente a la persona que llama para no recibir más llamadas.**

USO Y DIVULGACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Memorial Hermann participa en Intercambios de Información Médica (Health Information Exchanges, HIE) electrónicos que incluyen, entre otros, Care Everywhere de Epic. Los HIE permiten a los proveedores de atención médica participantes, incluido Memorial Hermann, compartir electrónicamente partes de sus historias clínicas. Memorial Hermann permitirá a otros proveedores consultar secciones de su historia clínica a través de HIE. **Puede optar por que Memorial Hermann no comparta su historia clínica a través de Care Everywhere de Epic ("Care Everywhere") llamando al 713-222-CARE (2273).** Si cancela el uso de Care Everywhere, usted entiende que otros proveedores participantes de Epic no podrían consultar su historia clínica a través de Care Everywhere. La cancelación no tendrá un impacto en las historias clínicas que se pusieron a disposición a través de Care Everywhere antes de su solicitud de cancelación.

☐ Mediante la firma de este formulario, confirmo que mis preferencias se pueden gestionar como se indicó anteriormente. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y reconozco que mis preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria.

Traducido al

El paciente recibió una copia traducida del consentimiento: ☐ Sí ☐ No ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del paciente o tutor

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

El paciente no puede firmar debido a:

Firma del garante/asegurado

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

Firma del testigo

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Hora

☐ a. m.
☐ p. m.

☐ a. m.
☐ p. m.

**MEMORIAL
HERMANN**

Authorization for Communications/Use &
Disclosures of PHI
Downtime Form



Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Date of Birth: _____

Memorial Hermann Health System

Ambulatory Consent to Treat Downtime Form

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

A sabiendas de que me presenté para recibir tratamiento médico, por medio del presente documento, doy voluntariamente mi consentimiento para dicho tratamiento médico que incluye, entre otros, medicamentos, procedimientos médicos, servicios de telemedicina, visitas electrónicas, procedimientos de diagnóstico, análisis de laboratorio y tratamiento provisto por un médico, sus asistentes o sus consignatarios, según sea necesario, de acuerdo con su criterio. Entiendo que se pueden incluir pruebas para detectar afecciones infecciosas, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes.

Entiendo que, como parte de mi plan de tratamiento y por mi seguridad, el centro puede utilizar inteligencia artificial, cámaras, fotografía, grabaciones, videografía, transmisión en tiempo real u otros tipos de tecnología.

Reconozco que el personal, los médicos o los proveedores afiliados de Memorial Hermann pueden necesitar obtener grabaciones en video, transmisiones en tiempo real, fotografías, grabaciones u otras imágenes de mi persona o partes de mi cuerpo durante el tratamiento para su uso en el tratamiento médico o con otros fines operativos de atención médica.

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del paciente o tutor

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

USO Y DIVULGACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Yo (el paciente o el representante legal/representante personal del paciente) comprendo que el centro puede usar y divulgar mi información médica (del paciente) a los médicos o a otros proveedores de atención médica para brindarme tratamiento a mí (el paciente). Como parte de mi plan de tratamiento y por mi seguridad, entiendo que el centro puede utilizar inteligencia artificial, cámaras, fotografía, grabaciones, videografía, transmisión en tiempo real u otros tipos de tecnología.

Memorial Hermann participa en Intercambios de Información Médica (Health Information Exchanges, HIE) electrónicos que incluyen, entre otros, Care Everywhere de Epic. Los HIE permiten a los proveedores de atención médica participantes, incluido Memorial Hermann, compartir electrónicamente partes de sus historias clínicas.

Memorial Hermann permitirá a otros proveedores consultar secciones de su historia clínica a través de HIE. Puede optar por que Memorial Hermann no comparta su historia clínica a través de Care Everywhere de Epic ("Care Everywhere") llamando al 713-222-CARE (2273). Si cancela el uso de Care Everywhere, usted entiende que otros proveedores participantes de Epic no podrían consultar su historia clínica a través de Care Everywhere. La cancelación no tendrá un impacto en las historias clínicas que se pusieron a disposición a través de Care Everywhere antes de su solicitud de cancelación.

PAGO: Hasta el punto en que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y obtener el reembolso, yo (el paciente o el representante legal/representante personal del paciente) autorizo al centro y a los médicos del paciente a divulgar mi información de atención médica (del paciente), incluida la información demográfica, a cualquier persona, Administración de Seguridad Social, seguro o parte responsable del pago del beneficio, plan de beneficio de salud o empresa de compensación del trabajador o empleador que sea, o pueda ser, responsable de todos o parte de los cargos del médico a cargo o del centro, y completar formularios de reclamación en nombre del paciente.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Yo (el paciente o el representante legal/representante personal del paciente) entiendo que el centro puede usar y divulgar mi información de salud en relación con las operaciones del proveedor. Los ejemplos de usos y divulgaciones de operaciones de atención de la salud son: evaluación de la calidad y actividades de mejora, acreditación y certificación, licencias, revisiones médicas, servicios legales, cobro de deudas y auditorías, planificación comercial y litigación y administración del negocio en general, lo que incluye notificaciones y pedidos legales. Yo (el paciente o el representante legal/representante personal del paciente) también comprendo que mi información de atención médica (del paciente) se utilizará y divulgará según el Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann. Yo (el paciente o el representante legal/representante personal del paciente) además entiendo que se necesitará una autorización escrita mía (del paciente) para todos los demás usos y divulgaciones. Yo (el paciente o el representante legal/representante personal del paciente) entiendo que el centro solicitará mi autorización escrita especial (del paciente) antes de revelar información de atención de médica si yo (el paciente) recibo (recibe) servicios de salud mental o atención en un centro o en un programa de tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Memorial Hermann prioriza la seguridad de sus pacientes, empleados, proveedores afiliados y visitantes. Entiendo que el centro puede utilizar inteligencia artificial, cámaras, videografía u otro tipo de tecnología de transmisión en tiempo real como parte de las operaciones de atención médica. Además, Memorial Hermann puede utilizar cámaras corporales u otro tipo de tecnología para grabar eventos con fines de seguridad.

Yo (el paciente o el representante legal/personal del paciente) entiendo que Memorial Hermann no usará ni divulgará su información médica protegida para otros fines sin su autorización, a menos que así lo exija la ley.

Traducido al

El paciente recibió una copia traducida del consentimiento: ☐ Sí ☐ No ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del paciente o tutor

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

El paciente no puede firmar debido a:

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del Testigo Interno

Nombre en Letra de Imprenta

Cargo

Fecha

Hora

MEMORIAL
HERMANN

Ambulatory Consent to Treat
Downtime Form



Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Date of Birth: _____

Memorial Hermann Health System
Formulario para el Tiempo de Inactividad de Acuse de Recibo del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad

Este Aviso conjunto de Prácticas de privacidad se aplica a las prácticas de privacidad de las entidades afiliadas y las entidades que participan en el Acuerdo organizado de atención médica. Se incluyen entidades como Memorial Hermann Health System (MHHS) y cada uno de los hospitales que es propietario o que administra MHHS, Memorial Hermann Medical Group, Memorial Hermann Community Benefits Corp. y Memorial Hermann Physicians of Texas. Con el propósito de cumplir con la Ley de Privacidad Médica de Texas y el Código de Salud y Seguridad de Texas, sección 181, las siguientes entidades de Memorial Hermann también se encuentran sujetas a las prácticas descritas en el Aviso: Memorial Hermann Foundation, Memorial Hermann Professional Insurance Co., Ltd., médicos y profesionales de la salud aliados con privilegios para ejercer en un centro de Memorial Hermann.

Este formulario se utiliza para documentar el acuse de recibo por parte de paciente de nuestro Aviso conjunto de Prácticas de privacidad o en caso de que no hayamos obtenido este acuse de recibo, nuestro esfuerzo de buena fe para obtener el acuse.

Sección A: La persona. (Coloque la etiqueta adhesiva del paciente aquí)

Sección B: Acuse de recibo del Aviso conjunto de Prácticas de privacidad.

Acuso recibo del Aviso conjunto de Prácticas de privacidad de Memorial Hermann. Hay una copia de estas prácticas disponible en MemorialHermann.org, o bien me entregaron una copia impresa.

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del paciente o tutor

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Sección C: Esfuerzo de buena fe para obtener la firma de acuse de recibo de la persona

ESFUERZO DE BUENA FE DEL PERSONAL PARA OBTENER LA FIRMA DE ACUSE DE RECIBO DE LA PERSONA

Describa su esfuerzo de buena fe para obtener la firma de la persona en este formulario:

Describa el motivo por el que la persona no pudo firmar/no firmará este formulario:

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del miembro del personal

Nombre en letra de imprenta

Cargo

Fecha

Hora

**MEMORIAL
HERMANN**

**Acknowledgement Of Receipt Of Joint
Notice Of Privacy Practices
Downtime Form**



Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Date of Birth: _____