



Teléfono 402.391.1800

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.

allergynebraska.com

CARTA DE BIENVENIDA PARA NUEVOS PACIENTES E INFORMACIÓN DE LA CITA

NEW PATIENT WELCOME LETTER AND APPOINTMENT INFORMATION

Bienvenido

Gracias por elegir Allergy, Asthma & Immunology Associates. Su atención comienza aquí, dirigida por nuestros médicos certificados por la junta, quienes brindan experiencia especializada en todo el espectro de la salud alérgica e inmunológica. Para garantizar una evaluación completa y personalizada, su visita inicial puede durar de una a tres horas.

Detalles de la cita

Consulte su correo electrónico o revise los detalles de la cita que aparecen a continuación.

Cita con James M. Tracy, DO James L. Friedlander, MD Robert Szalewski, MD Mitchell M. Pitlick, MD

Fecha y hora de la cita [Redacted] a.m. p.m.

Lugar de la cita [Redacted]

AAIA Direcciones de las clínicas

Omaha (Oficina principal):

2808 S. 80th Ave., Ste. 210, Omaha, NE 68124

Nebraska Ubicaciones:

Lakeside: 17030 Lakeside Hills Pz., Ste. 218, Omaha, NE 68130

Fremont: 401 E. 22nd St., Ste. 1, Fremont, NE 68025

Papillion: 401 E. Gold Coast Rd., Ste. 331, Papillion, NE 68046

Gretna: 20710 Schofield Dr., Ste. 103, Gretna, NE 68028

Columbus: 4508 38th St., Ste. 210, Columbus, NE 68601

Valentine: 510 N. Green St., Valentine, NE 69201

Iowa Ubicaciones:

Council Bluffs: 3434 W. Broadway St., Council Bluffs, IA 51501

Harlan: 1213 Garfield Ave., Harlan, IA 51537

Sioux City: 4301 Sergeant Rd., Ste. 215, Sioux City, IA 51106

Medicamentos que debe suspender antes de las pruebas de alergia

Si se le van a realizar pruebas de alergia, suspenda el uso de antihistamínicos durante siete (7) días completos antes de su cita. Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes antihistamínicos

- Loratadina (Claritin, Alavert)
- Cetirizina (Zyrtec)
- Difenhidramina (Benadryl)
- Olapatadina (Patanase)
- Levocetirizina (Xyzal)
- Desloratadina (Clarinex)
- Fexofenadina (Allegra)
- Nizatidina (ex: Acid)
- Hidroxicina (Atarax)
- Meclizina (Antivert, Bonine)
- Aerosol nasal de azelastina (Astelin)
- Medicamentos reductores de ácido (H2): famotidina (Pepcid), cimetidina (Tagamet), ranitidina (Zantac)

Esta lista no es exhaustiva. Si no está seguro(a) de si un medicamento es un antihistamínico, consulte con su farmacéutico o comuníquese con nuestra oficina antes de su cita.

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.
CARTA DE BIENVENIDA PARA NUEVOS PACIENTES E INFORMACIÓN DE LA CITA
NEW PATIENT WELCOME LETTER AND APPOINTMENT INFORMATION

No deje de tomar ningún otro medicamento, incluidos los medicamentos para el asma.

Costos típicos de la visita inicial y de las pruebas diagnósticas

Los costos y servicios típicos asociados con una visita inicial incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Evaluación inicial:** \$400.00 (CPT 99204)
- **Pruebas cutáneas** (*las evaluaciones alérgicas complejas pueden requerir hasta 75 pruebas*):
 - \$15.00 por cada prueba cutánea por punción (scratch test) (CPT 95004)
 - \$20.00 por cada prueba intradérmica (CPT 95024)
- **Pruebas de función pulmonar:** \$80.00–\$200.00

Las evaluaciones, pruebas y procedimientos se realizan para orientar y ayudar a dirigir su atención médica; sin embargo, en algunas circunstancias, su profesional de la salud puede determinar que una prueba no está indicada. Nuestras tarifas están sujetas a cambios. Por favor, informe a su proveedor con anticipación si prefiere no realizarse alguna prueba específica. Los cargos se aplican a todos los servicios prestados y siguen siendo pagaderos independientemente de si los resultados de las pruebas son positivos o negativos. Le recomendamos confirmar la cobertura con su(s) aseguradora(s) y revisar nuestra política de Asuntos Financieros para obtener información adicional sobre facturación, pagos y responsabilidades del paciente.

Antes de su cita

- Complete y firme todos los formularios incluidos en su paquete y/o en el portal
- Revise y firme la política de Asuntos Financieros
- Traiga todas las tarjetas de seguro (primario, secundario y terciario)
- Traiga el pago correspondiente a su copago de especialista (o \$200 si no tiene seguro o si no se presentará el reclamo al seguro)
- Llegue 15 minutos antes

Presentamos los reclamos al seguro como una cortesía. Si decide presentar su propio reclamo, el pago completo vence al momento de recibir el servicio. Los reclamos de Medicare y Medicaid se presentan automáticamente.

Cualquier saldo restante después del procesamiento del seguro vence al recibir su estado de cuenta. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito/débito. Hay planes de pago disponibles; por favor, llame a nuestra oficina de Facturación para obtener más detalles.

Cancelaciones de citas

Si no puede asistir a su cita, por favor notifiquenos al **(402) 391-1800** con al menos **24 horas de anticipación**, incluso si cancela por mensaje de texto; esto nos permite ofrecer la cita a otro paciente.

Por favor, comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta. Esperamos poder atenderle.

Atentamente,

*The Physicians and Team of
Allergy, Asthma & Immunology Associates, P.C.*

Certificados por la junta en Alergia/Inmunología
Miembros de la American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
Miembros de la American College of Allergy, Asthma & Immunology

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.
PATIENT DEMOGRAPHIC FORM / FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

DATE / FECHA _____

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FIRST NAME / NOMBRE DE PILA _____ M.I. / INICIAL _____ LAST NAME / APELLIDO _____

HOME ADDRESS / DIRECCIÓN _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP / CÓDIGO POSTAL _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRÓNICO _____ SOCIAL SECURITY # / SEGURIDAD SOCIAL # _____

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO _____ AGE / EDAD _____ PREFERRED NAME/NICKNAME / NOMBRE PREFERIDO/APODO _____

_____	<input type="checkbox"/> CELL / CEL	_____	<input type="checkbox"/> CELL / CEL
_____	<input type="checkbox"/> HOME / CASA	_____	<input type="checkbox"/> HOME / CASA
PRIMARY PHONE / TELÉFONO PRIMARIO	<input type="checkbox"/> WORK / TRAB.	SECONDARY PHONE / TELÉFONO SECUNDARIO	<input type="checkbox"/> WORK / TRAB.

GENDER/GÉNERO MALE / MASCULINO FEMALE / FEMENINO INTERPRETER NEEDED? YES NO
PREFERRED LANGUAGE / IDIOMA DE PREFERENCIA _____ ¿NECESITAS INTÉRPRETE? SÍ NO

RACE / RAZA WHITE / BLANC BLACK/AFRICAN AMERICAN / NEGRO/AFROAMERICANO
 HISPANIC / HISPANO AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE / INDÍGENA AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
 ASIAN / ASIÁTICO NATIVE HAWAIIAN/OTHER PACIFIC ISLANDER / NATIVO DE HAWÁI/OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO

MARITAL STATUS / ESTADO CIVIL MARRIED / CASADO(A) SINGLE / SOLTERO(A) LEGAL SEPARATION / SEPARACIÓN LEGAL
 LIFE PARTNER / PAREJA DE HECHO DIVORCED / DIVORCIADO(A) WIDOWED / VIUDO(A)

EMERGENCY CONTACT/NEXT OF KIN / CONTACTO DE EMERGENCIA/FAMILIAR CERCAÑO

EMERGENCY CONTACT FULL NAME / NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____ PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO _____

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

REPRESENTATIVE AUTHORIZATION (IF APPLICABLE) / AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)

PARENT OR GUARDIAN #1 / PADRE O TUTOR #1
NAME / NOMBRE _____ DOB / DATA DE NACIMIENTO _____
ADDRESS / DIRECCIÓN _____ PHONE / TELÉFONO _____
RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ SSN# / SEGURIDAD SOCIAL # _____
FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY? / ¿RESPONSABLE DE PAGO? YES / SÍ NO

PARENT OR GUARDIAN #2 / PADRE O TUTOR #2
NAME / NOMBRE _____ DOB / DATA DE NACIMIENTO _____
ADDRESS / DIRECCIÓN _____ PHONE / TELÉFONO _____
RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ SSN# / SEGURIDAD SOCIAL # _____
FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY? / ¿RESPONSABLE DE PAGO? YES / SÍ NO

LEGAL AUTHORITY / AUTORIDAD #1 #2 JOINT / CONJUNTA

IF PATIENT REQUIRES MEDICAL CARE OR TREATMENT WHEN I AM NOT PRESENT AT THE CLINIC, I AUTHORIZE AAIA TO PROVIDE CARE AS DEEMED NECESSARY. / SI EL PACIENTE NECESITA ATENCIÓN MÉDICA O TRATAMIENTO CUANDO NO ESTOY PRESENTE EN LA CLÍNICA, AUTORIZO A AAIA A PROPORCIONAR ATENCIÓN SEGÚN SE CONSIDERE NECESARIO.

REPRESENTATIVE SIGNATURE / FIRMA DEL REPRESENTANTE _____

RELATIONSHIP / PARENTESCO _____

DATE / FECHA _____

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.
PATIENT DEMOGRAPHIC FORM / FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE _____

YOUR REFERRING & PRIMARY PROVIDERS / TU PROVEEDOR DE REFERENCIA Y PRINCIPALES

CHECK IF PROVIDERS ARE THE SAME /
MARQUE SI ES EL MISMO PROVEEDOR

REFERRING PROVIDER NAME, PHONE, ADDRESS / MÉDICO REMITENTE: NOMBRE, TEL. Y DIR. _____

PRIMARY CARE PROVIDER NAME, PHONE, ADDRESS / MÉDICO CABECERA: NOMBRE, TEL. Y DIR. _____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SEGURO

CHECK IF PATIENT DOES NOT HAVE MEDICAL INSURANCE / MARQUE SI NO TIENE SEGURO MÉDICO

PRIMARY INSURANCE (IF APPLICABLE) / SEGURO PRIMARIO

PRIMARY INSURANCE COMPANY / COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO _____

POLICY NUMBER / NÚMERO DE PÓLIZA _____

GROUP # / GRUPO # _____

SUBSCRIBER'S FULL NAME & DATE OF BIRTH / NOMBRE COMPLETO Y FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR _____

SUBSCRIBER'S RELATIONSHIP TO PATIENT /
RELACIÓN DEL SUSCRIPTOR CON EL PACIENTE SELF / YO SPOUSE / CÓNYUGE PARENT / PADRE-MADRE OTHER / OTRO

SECONDARY INSURANCE (IF APPLICABLE) / SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

SECONDARY INSURANCE COMPANY / COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA _____

POLICY NUMBER / NÚMERO DE PÓLIZA _____

GROUP # / GRUPO # _____

SUBSCRIBER'S FULL NAME & DATE OF BIRTH / NOMBRE COMPLETO Y FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR _____

SUBSCRIBER'S RELATIONSHIP TO PATIENT /
RELACIÓN DEL SUSCRIPTOR CON EL PACIENTE SELF / YO SPOUSE / CÓNYUG PARENT / PADRE-MADRE OTHER / OTRO

MORE THAN TWO PLANS? PLEASE TELL STAFF. / ¿MÁS DE DOS PLANES? POR FAVOR, DÍSELO AL PERSONAL.

PLEASE READ AND SIGN / POR FAVOR LEA Y FIRME

I HEREBY AUTHORIZE ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C. (AAIA), TO FURNISH INFORMATION REGARDING MY OR MY CHILD'S HEALTH AND TREATMENT TO THE INSURANCE COMPANY(S). / POR LA PRESENTE AUTORIZO A ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C. (AAIA) A PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD O LA DE MI HIJO(A) A LA(S) COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS.

PATIENT/RESPONSIBLE PARTY SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE/PARTE RESPONSABLE _____

DATE / FECHA _____

MEDICARE AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

I AUTHORIZE MEDICARE PAYMENTS DIRECTLY TO AAIA / AUTORIZO PAGOS DE MEDICARE DIRECTAMENTE A AAIA

MEDICARE AUTHORIZATION SIGNATURE / FIRMA _____

DATE / FECHA _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AAIA IS COMMITTED TO PROTECTING YOUR MEDICAL INFORMATION. A COPY OF OUR FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES IS AVAILABLE AT OUR FRONT DESK AND ON OUR WEBSITE. THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. / AAIA ESTÁ COMPROMETIDA A PROTEGER TU INFORMACIÓN MÉDICA. UNA COPIA COMPLETA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTÁ DISPONIBLE EN NUESTRA RECEPCIÓN Y EN NUESTRA PÁGINA WEB. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

CO-PAY AND REFERRAL NOTICES / COPAGO Y AVISOS DE DERIVACIÓN

- ALL CO-PAYMENTS ARE COLLECTED AT THE TIME OF YOUR VISIT. / TODOS LOS COPAGOS SE COBRAN AL MOMENTO DE SU CITA.
- IF REFERRAL REQUIRED, WE NEED IT AT LEAST 2 DAYS IN ADVANCE. / SI ES NECESARIO LA DERIVACIÓN, LA NECESITAMOS CON AL MENOS 2 DÍAS DE ANTELACIÓN.



Phone 402.391.1800

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.

allergynebraska.com

ASUNTOS FINANCIEROS
FINANCIAL MATTERS POLICY

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Gracias por elegir a Allergy, Asthma & Immunology Associates, P.C. (AAIA).

Una comprensión clara de nuestros Asuntos Financieros es importante para nuestra relación profesional. Por favor, revise este documento en su totalidad.

- Debemos enfatizar que, como sus proveedores de atención médica, la relación profesional de AAIA es con usted y no con su proveedor de seguros. El trámite de sus reclamaciones de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, pero a menudo es necesario que usted consulte y explore sus beneficios con su proveedor de seguros. El paciente es responsable de cualquier parte de los cargos que se considere no cubierta o que se indique como **responsabilidad del paciente**.
- AAIA es una clínica privada (independiente). Cuando los proveedores de AAIA ordenan análisis de laboratorio, AAIA no es responsable de los cargos, honorarios ni facturas correspondientes a laboratorios o servicios que no pertenezcan a AAIA.

AAIA recuerda a los pacientes nuevos y ya establecidos que deben:

- Consultar con su plan de seguro específico para determinar cuáles médicos y ubicaciones de AAIA están 'dentro de la red' según sus beneficios.
- Consultar con anticipación con su plan de seguro para determinar la cobertura y las exclusiones.
- Consultar con anticipación con los laboratorios, médicos ajenos a AAIA y farmacias para comprender los servicios, los cargos y las obligaciones financieras del paciente que usted tendrá con esas entidades ajenas a AAIA.
- Los pacientes deben presentar su(s) tarjeta(s) de seguro vigente(s) en cada visita. Si no presenta su(s) tarjeta(s) de seguro el día de su cita, se le cobrará como paciente particular (self-pay) y será responsable del saldo total. Tenga en cuenta que los pacientes siguen siendo responsables de cualquier cargo no cubierto por el seguro.
- Si no tiene cobertura de seguro o si sus cargos están sujetos a un deducible anual elevado:
 - se requiere un pago mínimo de **\$200.00** hacia el saldo en el momento de su visita si es un paciente **NUEVO**.
 - Se requiere un pago mínimo de **\$100.00** hacia el saldo en el momento de su visita si es un paciente **ESTABLECIDO**. Nuestras tarifas están sujetas a cambios.
- Pacientes sin seguro médico o que pagan por cuenta propia: De acuerdo con la Ley No Surprises (Ley contra facturas médicas sorpresa) de 2022, si desea una **Estimación de buena fe (Good Faith Estimate)** de los costos por los servicios o procedimientos que se prevé realizar, comuníquese con nuestra Oficina de Facturación. Además, nuestra Oficina de Facturación se pondrá en contacto con usted para establecer un plan de pago formal para el saldo restante.
- Nuestra oficina tramita todas las reclamaciones de seguros; sin embargo, es posible que no seamos 'proveedores dentro de la red' o 'proveedores participantes' en todos los planes de seguro. Es su responsabilidad consultar con su proveedor de seguros antes de su visita para verificar si AAIA pertenece a la red de su plan. Los servicios que figuran como 'cubiertos' por su plan siguen estando sujetos a las **obligaciones financieras** del paciente en cuanto a deducibles, coseguros y copagos (según lo establecido en su plan).

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.

ASUNTOS FINANCIEROS

FINANCIAL MATTERS POLICY

- Para evaluar y diagnosticar con precisión su condición, podemos realizar pruebas de alergia u otros exámenes o procedimientos. Tenga en cuenta que el pago por estos servicios es obligatorio, independientemente del resultado de la prueba.
- Los proveedores de nuestra clínica están categorizados como especialistas. Tenga en cuenta este hecho al consultar los beneficios, cobertura y montos de copago de su plan de seguro.
- Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio, incluidos los pacientes que reciben inyecciones y que tienen copagos/coseguros asociados con cada inyección administrada (código CPT de administración).
- **Si su proveedor de seguros** requiere una remisión (como en el caso de los miembros de Tricare Prime), usted es responsable de obtener una remisión para nuestra oficina por parte de su médico de atención primaria (PCP). **Esta remisión debe obtenerse al menos 48 horas antes de su cita programada.** De acuerdo con las pautas del seguro, no podemos brindar servicios sin una **autorización previa**. Por favor, pida a su médico remitente que envíe la remisión por fax a nuestra oficina al (402) 391-1563 o llame al (402) 391-1800.
 - Una vez que su proveedor de seguros haya procesado su reclamación, usted recibirá un estado de cuenta de AAIA que refleje su responsabilidad del paciente por cualquier saldo restante pendiente.
 - Se espera el pago total cuando reciba su estado de cuenta. Se aceptan pagos en efectivo y cheques en persona en todas las ubicaciones. Los pagos con cheque o tarjeta de crédito pueden enviarse por correo a nuestra Oficina de Facturación:

AAIA ATTN BILLING 2808 S 80TH AVE STE 210 OMAHA NE 68124
 - Los pagos con tarjeta de crédito (Visa®/MasterCard®/Discover®/American Express®) se aceptan en persona o por teléfono llamando a nuestra Oficina de Facturación al (402) 391-1800.
 - Si no puede pagar su saldo completo al recibir su estado de cuenta, llame y hable con uno de nuestros empleados de facturación para establecer un plan de pago mensual.
 - Se añadirá un **cargo por servicio de \$50.00** a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes. Si su cheque es devuelto, deberá pagar los servicios en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.
- **A lo largo de esta política, todas las referencias a la responsabilidad del paciente en cuanto al pago y las obligaciones financieras se aplican al paciente, a su garante o a su tutor legal.**

Entiendo y acepto los términos de la Política de Asuntos Financieros.

Nombre del paciente en letra de molde _____

Print patient name

Nombre de la persona responsable (si no es el paciente) _____

Print responsible party name (if not patient)

Relación con el paciente (si corresponde) _____

Relationship to patient (if applicable)

Firma del paciente o de la persona responsable _____

Signature of patient or responsible party

Fecha _____

Date



Phone 402.391.1800

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.

allergynebraska.com

PRIVACIDAD Y COMUNICACIÓN DEL PACIENTE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTOS

PATIENT PRIVACY AND COMMUNICATION ACKNOWLEDGMENT AND CONSENTS

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Uso y divulgación de información sanitaria

Para proporcionar y coordinar mi atención médica, entiendo que la clínica puede usar o divulgar mi información sanitaria para los siguientes fines:

- **Tratamiento:** coordinación de la atención entre proveedores de salud
- **Pago:** facturación, presentación de reclamaciones y verificación de seguros
- **Operaciones de atención médica:** mejora de la calidad, cumplimiento normativo, auditorías y funciones administrativas

Mis derechos

Entiendo que tengo derecho a:

- Solicito restricciones sobre el uso o divulgación de mi información sanitaria (no garantizado)
- Inspeccionar y solicitar copias de mi historial médico
- Solicitar correcciones o enmiendas a mi información médica
- Recibir un informe de determinadas divulgaciones
- Revocar este consentimiento por escrito, salvo cuando ya se haya actuado en función del mismo

Contactos autorizados

Personas con las que la clínica puede comunicarse sobre mi información médica general, facturación y otros asuntos relacionados.

Nombre y relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre y relación con el paciente

Número de teléfono

Solo contacto de emergencia

Personas a las que la clínica solo puede contactar en caso de emergencia.

Nombre y relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre y relación con el paciente

Número de teléfono

Información Sanitaria Protegida (PHI)

La Información Sanitaria Protegida (PHI) puede incluir información médica, de citas, pruebas, derivaciones y facturación. Entiendo que esta autorización es voluntaria, puede revocarse por escrito y no afecta a mi capacidad para recibir tratamiento. La información divulgada puede estar sujeta a nuevas divulgaciones y podría dejar de estar protegida conforme a la HIPAA. Para más detalles, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que tengo acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de esta clínica, disponible en persona, en el sitio web www.allergynebraska.com y previa solicitud. El NPP explica cómo puede utilizarse y divulgarse mi información sanitaria protegida conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.
PRIVACIDAD Y COMUNICACIÓN DEL PACIENTE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTOS
PATIENT PRIVACY AND COMMUNICATION ACKNOWLEDGMENT AND CONSENTS

Uso y divulgación de información médica

Para brindar y coordinar mi atención médica, entiendo que la clínica puede utilizar o compartir mi información médica para los siguientes fines:

- **Tratamiento:** coordinación de atención entre proveedores de salud
- **Pago:** facturación, presentación de reclamaciones y verificación de seguros
- **Operaciones de atención médica:** mejoras de calidad, cumplimiento normativo, auditorías y funciones administrativas

Comunicaciones electrónicas y telefónicas. Comunicación telefónica y mensajes de voz

Entiendo que la clínica puede comunicarse conmigo respecto a mi atención médica por medio de:

- Portal del paciente
- Correo electrónico
- Llamadas telefónicas y buzón de voz
- Mensajes de texto

Entiendo que las comunicaciones electrónicas no siempre son seguras y pueden implicar riesgos para la privacidad. Puede solicitar métodos alternativos de comunicación por escrito.

Sí – Autorizo a la clínica a dejar información detallada (incluidos planes de tratamiento, derivaciones, resultados de pruebas e información de facturación) en mensajes de voz y/o con las personas autorizadas.

NO – No autorizo a la clínica a dejar información detallada como se describe anteriormente.

Nota: La información básica de la cita (fecha, hora y lugar) puede dejarse conforme a la HIPAA.

Consentimiento para comunicaciones por mensaje de texto

Sí – Consiento recibir mensajes de texto sanitarios no comerciales de la clínica en el número de teléfono móvil registrado. Estos pueden incluir recordatorios de citas, actualizaciones de programación, avisos de facturación e información general relacionada con la atención médica.

NO – NO doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la clínica.

Entiendo que:

- Los mensajes de texto no están cifrados
- Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos
- No se requiere mi consentimiento para recibir atención
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento notificando a la clínica o respondiendo “PARA”

Consentimiento para Telemedicina (si corresponde)

Entiendo que algunos servicios pueden brindarse por telemedicina (audio y/o video). Entiendo que la telemedicina es voluntaria, que puedo rechazarla o suspenderla en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención médica futura, y que puedo solicitar atención en persona. Entiendo que se aplican las mismas protecciones de privacidad y confidencialidad que en las visitas presenciales, y que tengo acceso a mis registros médicos. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir servicios de telemedicina cuando se ofrezcan.

Reconocimiento

Entiendo que este consentimiento permanece vigente salvo que se revoque por escrito. No se requiere una autorización separada para los usos y divulgaciones relacionados con tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según lo permita la ley.

Imprimir nombre del paciente _____

Nombre/relación del representante legal _____

Firma del paciente o representante legal _____

Fecha _____