




# WOMEN'S SPECIALTY CENTER

Dallas, TX

(214) 942 - 3100 

contact@wscdallas.com 

www.womens-specialty-center.com 

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

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Familiar: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección laboral: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Medicare #: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_ Sin Seguro: \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de I.D.: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Paciente referido por: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR UNA SOLICITUD DE PAGO A WOMEN'S SPECIALTY CENTER BAJO EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO. ENTIENDO QUÉ SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE MI CUENTA INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE MIS RECLAMACIONES DE SEGURO. ASÍ MISMO, SOY CONSCIENTE QUÉ DE ACUERDO CON EL CONTRATO QUÉ HE FIRMADO CON MI ASEGURADOR, SE CONSIDERA FRAUDE NO PAGAR MI COPAGO O DEDUCIBLE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ADEMÁS, ACEPTO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO, ASUMIR EL COSTO DE COBRO Y/O EL COSTO DEL TRIBUNAL Y LOS HONORARIOS LEGALES EN CASO DE SER REQUERIDOS.

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



---

Autorización de Uso y Divulgación de Información Médica Protegida  
(Página 1 de 2)

**Recordatorios de cita:** La práctica podría utilizar su información para recordarle de sus citas futuras. **En general, las regulaciones de privacidad de HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar restricciones al uso y divulgación de su información médica protegida (PHI). El individuo tiene también el derecho de solicitar comunicación confidencial o bien que dicha comunicación de PHI se realice a través de un método alternativo como el enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su caSa.**

Me gustaría ser contactado a través de los siguientes medios (seleccione todas las opciones que apliquen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____                           | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita: _____                      |
| <input type="checkbox"/> O.K. enviar mensajes SMS                          | <input type="checkbox"/> O.K. enviar correspondencia a mi casa            |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con teléfono de contacto únicamente | <input type="checkbox"/> O.K. enviar correspondencia a mi trabajo/oficina |
| <input type="checkbox"/> O.K. dejar mensaje con información detallada      | <input type="checkbox"/> O.K. enviar fax a este número                    |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono laboral: _____                           | <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____                      |
| <input type="checkbox"/> O.K. dejar mensaje con información detallada      | <input type="checkbox"/> O.K. enviar información detallada              |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con teléfono de contacto únicamente | <input type="checkbox"/> Favor de no contactarme por correo electrónico |

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otros usos y divulgaciones:** La divulgación de su información médica o su uso para cualquier otro propósito distinto de los enumerados en el folleto "Aviso de Políticas y Prácticas de Privacidad" y/o consentimiento requieren su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso de la divulgación de su información, puede solicitar la revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará el uso de la divulgación de información que ocurrió antes de que nos notificara de su decisión. Así mismo, usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica:

Yo, \_\_\_\_\_, solicito las siguientes restricciones para el uso y divulgación de mi información médica:

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



---

Autorización de Uso y Divulgación de Información Médica Protegida  
(Página 2 de 2)

**Personas autorizadas para recibir información:**

La información médica que Women's Specialty Center colecciona o recibe sobre usted puede ser divulgada con las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona / relación / organización

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona / relación / organización

**Uso y Divulgación de Información:**

\_\_\_\_\_ Yo autorizo a las personas enlistadas anteriormente para recibir toda mi información médica sobre citas, tratamientos y/o otra información pertinente a mi salud y/o pagos por los servicios proveídos por Women's Specialty Center.

\_\_\_\_\_ Yo no autorizo que la siguiente información sea divulgada con ninguna otra persona excepto conmigo como el paciente (Favor de especificar).

\_\_\_\_\_

**Fecha de expiración de la autorización**

Esta autorización es válida hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a menos que sea revocada o terminada por el paciente o el responsable legal del paciente.

**Derecho a Terminar o Revocar la Autorización**

Usted puede revocar o terminar esta autorización enviando una revocación por escrito a Women's Specialty Center. Usted debe comunicarse con el FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD u otro representante autorizado para cancelar esta autorización.

**Potencial de Nueva Divulgación**

La persona u organización a la que se le envía la información médica puede divulgar repetidamente información médica identificada por esta autorización. Es posible que la privacidad de esta información no este protegida por las regulaciones federales de privacidad.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

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



---

## FINANCIAL WAIVER

PATIENT NAME:

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH:

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

I UNDERSTAND AND AGREE THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY AND ALL MEDICAL SERVICES NOT COVERED BY MY INSURANCE PLAN. IT IS MY DESIRE TO RECEIVE MEDICAL SERVICES AND PAY THE FEES AT THE TIME SERVICES ARE BEING RENDERED.

YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUÉ SOY ECONOMICAMENTE RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS MEDICOS QUÉ NO SON CUBIERTOS POR MI PLAN DE ASEGURANZA. ES MI VOLUNTAD RECIBIR Y PAGAR LOS SERVICIOS MEDICOS AL MOMENTO DE SER PROPORCIONADOS.

SERVICES REQUESTED: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SERVICIOS REQUERIDOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PATIENT  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF RESPONSIBLE PARTY  
FIRMA DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_

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