


**TODOS LOS PACIENTES**

GUSTAVO H. DAY. M.D., P.A.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Estado Civil: C \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_

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

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Trabajo / Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Ocupación Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Poder y Autoridad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**PARTE RESPONSABLE**

Aval (persona responsable del proyecto del Ley): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Aval Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Aval Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO**

Nombre Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Seguro Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA**

Nombre y Teléfono de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERA**

Debemos tener una copia de todas las tarjetas de seguro, licencia de conducir o de identificación en el momento del servicio. HMO, PPO, y los paciente de Medicare deben pagar los deducibles y copagos. Co-pagos y deducibles que se espera en el momento del servicio. Los pacientes privados deben pagar en su totalidad en el momento del servicio. El paciente debe informarnos si hay algún cambio de seguro, dirección o número de teléfono.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_



Gustavo H. Day M.D., PA.  
7777 Forest Lane, Suite B-416  
Dallas, TX, 75230  
Teléfono: (972) 566-6764

### **Asignación de Beneficios:**

Por la presente, ceder, transferir, y puesto sobre el Dr. Gustavo H. Day, todos mis derechos, títulos e intereses de mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro de mi compañía de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos.

---

**Asegurado o Autorizado la firma**

---

**Fecha**

### **Autorización para Divulgar Información**

Por la presente autorizo al Dr. Gustavo H. Day a divulgar la totalidad o parte de mi historial médico a cualquier compañía de seguros o de la asociación, el Gobierno Federal o del Estado; la información puede ser necesaria para la realización de todos mis reclamos médicos.

Entiendo que la información cuya entrega se puede incluir información relativa a las condiciones relacionadas mental o psiquiátrica y/o abuso de drogas o alcohol.

Una copia será tan válida como la original.

---

**Asegurado o Autorizado la firma**

---

**Fecha**

## GUSTAVO H. DAY M.D., P.A. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe la información acerca de usted, como paciente de esta práctica, puede ser usada y divulgada. Cómo usted puede tener acceso a su información médica. Esto es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA).

### **Nuestro Compromiso con su Privacidad**

Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica. Nos damos cuenta de las leyes de las tesis son complicadas, pero tenemos que darle la siguiente información importante:

### **Uso y divulgación de su información médica en ciertas circunstancias especiales:**

Las siguientes circunstancias pueden obligarnos a usar o divulgar su información médica.

1. A las autoridades de salud pública y los organismos de supervisión de la salud que están autorizadas por ley para recopilar información.
2. Juicios y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si es necesario hacerlo por un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y la seguridad de otro individuo o del público. Sólo le haríamos la divulgación a una persona y organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
5. Si usted es un miembro de los U.S. o de las fuerzas militares extranjeras (incluyendo veteranos) y si requerido por las autoridades competentes.
6. Para los funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley.
7. A las instituciones correccionales u oficiales de la ley si usted es un preso o está bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Para compensación de trabajadores y programas similares.

### **Sus Derechos sobre su Información de Salud.**

1. Comunicación. Usted puede solicitar que nuestra práctica se comunice con usted sobre la salud de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa, en lugar de en el trabajo. Vamos a atender las solicitudes razonables.
2. Usted puede solicitar una restricción o la utilización o divulgación de la salud información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted puede solicitar que limitemos la divulgación de su información de salud a solamente ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado. No estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando sea requerido por la ley, en situaciones de emergencia, o cuando la información es necesaria para darle tratamiento.

3. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted, incluyendo registros médicos y registros de facturación, pero sin incluir notas de psicoterapia. Usted debe presentar su solicitud de Gustavo H. Day M.D., P.A. al (972) 566-6764.
4. Usted nos puede pedir que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y siempre que la información sea mantenida por nuestro la práctica.
5. Usted tiene el derecho a una copia de este aviso. Usted puede pedimos darle una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, favor de ponerse en contacto con nuestro recepcionista.
6. Usted tiene el derecho de presentar una queja. Usted puede presentar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, favor de ponerse con contacto con Gustavo H. Day M.D., P.A. al (972) 566-6764.
7. Usted tiene el derecho de proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra clínica obtendrá su autorizaciónescrita para usos y revelaciones que no son identificadas en este aviso o permitidos por la legislación aplicable.

Si usted tiene alguna pregunta por favor comuníquese a nuestra oficia al (972) 566-6764.

Yo reconozco que me ha presentado con una copia de Gustavo H. Day M.D., P.A. Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

**Firma**

---

**Fecha**

---

**Nombre del Paciente**

**Si el paciente es menor de edad:**

---

**Escriba el Nombre del Paciente**

---

**Firma del Padre o Tutor**

---

**Fecha**

---

**Escriba el Nombre del Padre o Tutor**