

**Información del paciente**

Nombre completo: Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	(Apellido de soltera)
Dirección: (calle o apartado postal)		Ciudad		Estado      Código postal
Núm. de teléfono particular (    )	Núm. de teléfono laboral (    )	Núm. de teléfono celular (    )	Dirección de correo electrónico	
Remitido por:	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Núm. de Seguro Social      Núm. de licencia de conducir
Ocupación	Empleador	Dirección del empleador		
Estado civil (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		Nombre del cónyuge	Compita (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	
Si es estudiante, indique la institución educativa		Si el paciente es menor, proporcione el nombre de los padres o del tutor legal (se requiere documentación legal):		
Contacto para emergencias (que no viva en la misma dirección)			Núm. de teléfono del contacto para emergencias (    )	
¿Cómo oíste del médico que estás viendo hoy?  <input type="checkbox"/> Referencia de médico (5)   ¿Quién? _____ <input type="checkbox"/> Otro profesional (6) <input type="checkbox"/> Familia (8) <input type="checkbox"/> Paciente existente (10) <input type="checkbox"/> Amigo (1) <input type="checkbox"/> Palabra de boca (9) <input type="checkbox"/> Hospital de Baylor (19) <input type="checkbox"/> Correo Directo (18) <input type="checkbox"/> Plan de la Salud/Compañía de seguros (17) <input type="checkbox"/> Sitio de Emergencia (7) <input type="checkbox"/> 1-800-4-BAYLOR Línea de referencia (3) <input type="checkbox"/> Website/internet (13) <input type="checkbox"/> Sin llamar (4) <input type="checkbox"/> Anuncio periodístico (15) <input type="checkbox"/> Radio/televisión (16) <input type="checkbox"/> Acontecimiento (11) <input type="checkbox"/> Localización (14) <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas (2) <input type="checkbox"/> Desconocido (20)				

**Parte responsable**

Nombre completo del garante: Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	(Apellido de soltera)
Dirección: (calle o apartado postal)		Ciudad		Estado      Código postal
Núm. de teléfono particular (    )	Núm. de teléfono laboral (    )	Núm. de teléfono celular (    )	Núm. de licencia de conducir	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo (comprobar uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Núm. de Seguro Social	Relación del paciente con el garante
Empleador	Dirección del empleador			

**Información del seguro**

Nombre de la compañía de seguros <b>primaria</b> 1.		Núm. de teléfono (    )	Nombre de la compañía de seguros <b>secundaria</b> 2.		Núm. de teléfono (    )
Dirección postal			Dirección postal		
Ciudad		Estado	Código postal	Ciudad      Estado      Código postal	
Número de póliza	Número de grupo	Fechas de vigencia de la póliza Del:      al:		Número de póliza	Número de grupo      Fechas de vigencia de la póliza Del:      al:
Titular de la póliza (si no es el paciente)		Fecha de nacimiento		Titular de la póliza (si no es el paciente)      Fecha de nacimiento	
Núm. de Seguro Social		Relación con el paciente		Núm. de Seguro Social      Relación con el paciente	
Empleador del titular de la póliza		Núm. de teléfono laboral (    )		Empleador del titular de la póliza      Núm. de teléfono laboral (    )	
Dirección del empleador			Dirección del empleador		
Ciudad		Estado	Código postal	Ciudad      Estado      Código postal	

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

Compensación del  
trabajador/por accidente

Compañía de seguros		Núm. de teléfono (    )	
Dirección postal			
Ciudad		Estado	Código postal
Fechas de vigencia de la póliza Del: al:	Fecha del accidente/inicio de la enfermedad	Motivo: (marque con un círculo) Accidente automovilístico    Lesión/enfermedad relacionada con el trabajo Otro	
Agente / Liquidador / Administrador de casos			
En caso de compensación del trabajador: Núm. de reclamación		Núm. de reclamación de TWCC	

Consentimiento para brindar tratamiento

Por el presente, autorizo a los empleados y agentes (incluidos los médicos, asistentes de médicos y personal de enfermería profesional) de este consultorio médico a prestar servicios de atención médica de rutina al paciente indicado en este formulario y a cumplir con las indicaciones de los médicos (incluidos los asesores, asociados y asistentes elegidos por el médico).

Si el paciente es menor:

Otorgo mi consentimiento a \_\_\_\_\_ para autorizar la evaluación y el  
(Nombre(s): primer nombre y apellido)

tratamiento de mi hijo/a, mencionado en el presente cuando yo no esté disponible. Comprendo que esto autoriza a la(s) persona(s) mencionada(s) más arriba a otorgar su consentimiento para los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las inmunizaciones para el menor mencionado en el presente.

Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocado por escrito. Comprendo que, si no firmo este consentimiento, al paciente no se le brindará atención médica, salvo en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente, padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Responsabilidad financiera

Por el presente, autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a HealthTexas Provider Network (en lo sucesivo "HTPN") y/o al médico a cargo por los servicios prestados. Por el presente, se autoriza la divulgación de la información incluida en mi historial médico, según sea necesario para procesar y completar mi reclamación del seguro. Comprendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información respecto de enfermedades contagiosas, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA") y el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH"). Comprendo que seré responsable económicamente por la totalidad de los cargos relacionados con los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por mis compañías de seguros. Acepto que todas las cantidades deberán pagarse cuando se soliciten y que serán pagaderas a HTPN. Además, comprendo que si tuviera una cuenta morosa, deberé pagar los honorarios de abogados y los gastos de cobro razonables a HTPN, si corresponde.

Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente y su vigencia continuará hasta que sea revocada por escrito. Comprendo que, si no firmo esta autorización para la divulgación de información, seré responsable de la totalidad del pago de los servicios antes de que estos sean prestados.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente, padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**HEALTHTEXAS PROVIDER NETWORK**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEALO DETENIDAMENTE.**

**Entender su expediente médico / Información**

Este aviso describe las prácticas de HealthTexas Red de Proveedores ("HTPN") y la de sus médicos con respecto a su información médica protegida creada mientras usted es un paciente en HTPN. HTPN médicos y al personal autorizado a tener acceso a su historial médico están sujetos a este aviso. Además, los médicos HTPN pueden compartir información médica entre sí para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica descritas en este aviso.

Creamos un registro del cuidado y servicios que recibe en HTPN. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre usted. Este aviso se aplica a todos los registros de su cuidado en HTPN.

Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

**Derechos sobre su información**

Aunque su expediente médico es propiedad física de HTPN, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Pedir una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y sobre las divulgaciones permitidas a personas, incluyendo miembros de la familia involucrada en su cuidado y según lo dispuesto por la ley. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar la restricción solicitada, a menos que la petición se refiera a una restricción a las revelaciones a su aseguradora de salud sobre los temas de atención médica o

servicios para los cuales se han pagado de su bolsillo y en su totalidad.;

- Obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de información;
- Revisar y obtener una copia de su registro sanitario previsto por la ley;
- Solicitud de que se corrija su expediente médico según lo previsto por la ley. Nosotros le notificaremos si no podemos concederle su solicitud de enmendar su expediente de salud;
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud a lo dispuesto por la ley;
- Solicitud de comunicación de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Daremos cabida a las solicitudes razonables, y
- Revocar su autorización para usar o revelar información de salud, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en relación con su autorización.

Usted podrá ejercer sus derechos establecidos en este aviso al proporcionar una solicitud por escrito, a excepción de las solicitudes para obtener una copia impresa de la notificación, al Oficial de Cumplimiento en HealthTexas Red de Proveedores, 8080 North Central Expressway, Suite 1700, LB de 83 años, de Dallas, TX, 75206.

**Nuestras Responsabilidades**

Además de las responsabilidades establecidas anteriormente, también estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información de salud;

- Con sujeción a ciertas excepciones en virtud de la ley, dar aviso de cualquier adquisición autorizada, el acceso, uso o divulgación de su información médica protegida en la medida en que no estaba garantizado de otro modo;

- El consumidor recibe un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que mantenemos sobre usted;

- Cumplir con los términos del presente anuncio;

- Notificarle si no podemos estar de acuerdo con una solicitud de restringir ciertos usos y revelaciones;

- Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivas las nuevas provisiones para toda la información de salud protegida que mantenemos, incluyendo información creada o recibida antes del cambio. Si nuestras prácticas de información de los cambios que no están obligados a notificar, pero vamos a tener la notificación revisada disponible para usted por su requerimiento en HTPN. El aviso revisado también se publicará en las oficinas de HTPN y en la página web de Baylor Health Care System en [www.baylorhealth.edu](http://www.baylorhealth.edu), Y

- No vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización escrita, excepto como se describe en este aviso.

**Ejemplos de Divulgaciones para el Tratamiento, Pago, Operaciones de Salud y conforme lo permita la ley.**

Las siguientes categorías describen

diferentes maneras en que usamos y revelamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No cada uso o revelación en una categoría en la lista. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información deben estar dentro de una de las categorías.

*Nosotros usaremos su información de salud para recibir tratamiento.*

**Por ejemplo:** Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en su atención en HTPN. Podemos compartir información médica sobre usted a fin de coordinar los diferentes tratamientos, tales como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos ofrecer a su médico o un proveedor de atención de salud posterior con copias de varios informes para ayudar a tratarlo una vez que son dados de alta de la atención en HTPN.

*Nosotros usaremos su información de salud para el pago.*

**Por ejemplo:** La factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador. La información que acompaña la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y materiales utilizados.

*Nosotros usaremos su información de salud para las operaciones regulares de atención de salud.*

**Por ejemplo:** Podemos utilizar la información en su expediente médico para evaluar el cuidado y el resultado de su caso y otros similares. Esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la asistencia sanitaria y los servicios que ofrecemos.

*Nosotros usaremos su información de salud como de otra manera permitida por la ley. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo podemos usar o revelar información médica acerca de usted.*

**Empresas asociadas:** Hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de acuerdos con socios de negocios. Los ejemplos incluyen servicios de contestador y servicio de fotocopias. Para proteger su información de salud, socios de negocios también son necesarios para salvaguardar apropiadamente su información.

**Notificación:** Podemos usar o revelar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y condición general.

**Investigación:** Podemos revelar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para proteger la privacidad de su información de salud.

**Los directores de funerales:** Podemos revelar información médica a directores de funerarias, de acuerdo con la legislación aplicable para llevar a cabo sus funciones.

**Las organizaciones de obtención de órganos:** De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos para el propósito de donación y trasplante de tejidos.

**Comunicaciones para el tratamiento y cuidado de la salud:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y los servicios que puedan ser de su interés.

**Recaudación de fondos:** Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.

**Administración de Alimentos y Drogas (FDA):** Podemos revelar a la FDA información médica relacionada con eventos adversos con respecto a alimentos, medicamentos, dispositivos,

suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post marketing para permitir el retiro de productos, reparaciones o reemplazo.

**Compensación al trabajador:** Podemos divulgar información de salud hasta el punto autorizado por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes de compensación al trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

**Salud pública:** Como es requerido por la ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Según los requisitos de la ley, podemos revelar información de salud a una autoridad gubernamental autorizada por ley a recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Autoridades judiciales, administrativas y de cumplimiento de la ley:** De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información sobre su salud para el personal judicial, administrativo y de cumplimiento de la ley.

**Requerido o permitido por la ley:** Nosotros revelaremos información médica sobre usted cuando sea requerido o permitido por la ley federal, estatal o local.

### **Para más información o para reportar un problema**

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con el Baylor Health Care System Oficina de la Conformidad de HIPAA en el 1-866-245-0815.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante la Baylor

Health Care System Oficina de la  
Conformidad de HIPAA en el 866-245-  
0815 o con el Secretario de Salud y  
Servicios Humanos. No habrá represalias  
por presentar una queja.

**FECHA DE VIGENCIA: 20 de mayo  
2010**

**VERSIÓN: 3**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Identificación del Paciente: \_\_\_\_\_



RECONOCIMIENTO QUE UD. HA RECIBIDO UNA COPIA DEL  
"AVISO DE COSTUMBRES SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD DE  
HEALTH TEXAS PROVIDER NETWORK"

El Acto de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurar que Ud. esta enterado de sus derechos confidenciales y de como su información médica puede ser usada por nuestros empleados al proveer y organizar su cuidado médico.

HTPN le esta facilitando con el aviso adjunto, que le indica cómo HTPN y sus médicos<sup>1</sup> pueden usar y/o revelar información de salud confidencial sobre su tratamiento, pago y otras actividades relacionadas a su cuidado médico, y tal como se permite bajo la ley. **Al firmar este documento, Ud. reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Costumbres Sobre la Información de Salud de HTPN.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o del representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
20 de mayo de 2010  
Fecha del aviso

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup>Los médicos son empleados de HealthTexas Provider Network y no son empleados ni agentes del Sistema de Cuidado Médico de Baylor o de cualquier sucursal de Baylor o de los centros médicos o comunitarios afiliados de Baylor.

## Preferencia del Paciente Concerniente a Comunicación de Información de Salud

### I. Quien se puede contactar

Yo permito a **Dallas Diagnostic Association** a divulgar y usar información relacionada con mi(s) condición(es) médica(s) a los siguiente miembros de mi familia, otros familiares y/o amigos personales:

Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación

\_\_\_\_\_ Yo deseo que nose revele información con nadie.

### II. Como se puede contactar

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

Teléfono en Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:
<input type="checkbox"/> Está bien dejar mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Sólomente deje el número para devolver la llamada	<input type="checkbox"/> Está bien dejar mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Sólomente deje el número para devolver la llamada	<input type="checkbox"/> Está bien dejar mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Sólomente deje el número para devolver la llamada

Comunicación por escrito

Está bien el enviar información por correo a mi residencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está bien el enviar información por correo a mi trabajo/oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está bien el mandar información por el fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este acuerdo és indefinido y continua hasta que sea suspendido por escrito. Comprendo que pedidos para recibir información médica de otras personas que no sean las mencionadas en esta forma vá a requerir una autorización especial antes de divulgar cualquier información médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año



HealthTexas Provider Network esta implementando un método para recopilar y documentar datos sobre raza, etnicidad y lenguaje de preferencia directamente de los pacientes o de las personas que cuidan de los pacientes. **El propósito de la documentación de esta información es para asegurar que todos los pacientes reciban la más alta calidad de cuidados de salud.**

Nos gustaría que nos des la información sobre tu raza é etnicidad. **Usaremos esta información solamente para asegurarnos que el tratamiento medico que todos los pacientes reciben en esta clínica sea de alta calidad.**

Primero, tú te consideras Hispano/Latino? *Escoja una de las siguientes opciones que mejor describa su etnicidad.*

- Si       No       Declino a Contestar

Que categoría describe mejor tu raza? *De las siguientes opciones, escoja la que mejor te describa. Definiciones de cada Raza se encuentran al final de esta página.*

- Indio Americano o Nativo de Alaska       Nativo de Hawai o Islandés Pacifico  
 Africo Americano o Negro       Multiracial  
 Blanco       Declino a Contestar  
 Asiatico (Incluye orígenes de Pakistan o India)

En que lenguaje te sientes más a gusto hablar con tu doctor o enfermera? *De las siguientes opciones, escoja la que mejor describe su respuesta.*

- Ingles       Tagalog       No Se  
 Espanol       Hindu       Declino a Contestar Pregunta  
 Vietnamés       Italiano       Otro Lenguaje (*por favor indique cual*): \_\_\_\_\_  
 Chino       Coreano       Lenguaje a Señas o algún otro tipo de Servicio auxiliar.

Requiere usted algún dispositivo asistive para un daño que oye?

- Si       No       Declino a Contestar

Requiere usted dispositivos asistive para el daño de visión?

- Si       No       Declino a Contestar

**Definiciones de Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona que tiene orígenes de algún origen de gente del Norte y Sur América, (Incluyendo Centro América) y que mantiene afiliación con una tribu o una conexión con la comunidad. **Negro o Africo Americano:** Una persona que tiene orígenes de algunos grupos raciales de Africa. **Blanco:** Una persona que tiene orígenes de Europa, Africa del Norte, y del Medio Oriente. **Asiático:** Una persona que tiene orígenes del extreme oriente, Asia del Sureste, y el subcontinente de India, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán y las Islas Filipinas. **Nativo de Hawai o Islandés Pacifico:** Una persona que tiene orígenes de Hawai, Guam, Samoa o otras Islas Pacificas. **Multiracial:** Una persona que tiene mas que una o una combinación de los orígenes mencionados aquí. .

## Comunicaciones electrónicas con los pacientes

Baylor Office EHR se ha creado gracias a la colaboración con la red de médicos HealthTexas Physician Network y a otros médicos asociados con Baylor Health Care System. Su objetivo es apoyar, en toda la medida posible, la experiencia electrónica de la atención de los pacientes mediante la implantación de una plataforma común de expedientes médicos electrónicos. La red de médicos HealthTexas Physician Network (“HTPN”) se complace en ofrecer Baylor Office EHR con el fin de facilitar las comunicaciones electrónicas con usted conforme a los términos y las condiciones delineados más adelante.

### Uso de las comunicaciones electrónicas de HTPN con el paciente

Marque la casilla que corresponda:

Sí, quiero que HTPN comunique mi información por medio de un sistema protegido que ha sido diseñado para mantener segura la información. Se le informará por correo electrónico cuando haya información protegida dirigida a usted. El mensaje de correo electrónico tendrá un enlace que lo llevará al sitio protegido. Después de oprimir el enlace, se le pedirá que ingrese al sitio y proporcione una contraseña para acceder a su información. Es importante que anote la contraseña para acceder a su información en el futuro.

Escriba en el espacio provisto a continuación la dirección de correo electrónico que desea usar para recibir la notificación de que se le ha enviado información:

### **Dirección de correo electrónico (escriba en letra de molde):**

Al seleccionar su dirección de correo electrónico, debe tomar en cuenta ciertas implicaciones de privacidad. Por ejemplo, las personas que puedan tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, con derecho y/o la capacidad para leer todos los mensajes de correo electrónico que se reciban en la dirección de su empleo.

No, no quiero que HTPN use comunicaciones electrónicas para comunicarme información.

### Pautas de correo electrónico de HTPN

- En este momento, HTPN puede sólo enviar mensajes de correo electrónico a los pacientes. Por lo tanto, HTPN no puede *aceptar* mensajes por correo electrónico de pacientes.
- Todos los mensajes de correo electrónico que reciba de HTPN se envían usando el nombre y la cuenta de correo electrónico de DFW Centricity.
- El paciente tiene la responsabilidad de notificar a HTPN con prontitud cualquier cambio en su dirección de correo electrónico.

- Todas las comunicaciones electrónicas de HTPN se incorporarán en su expediente médico. Todo el que tenga acceso a su expediente médico tendrá también acceso a los mensajes de correo electrónico que se le envíen.

#### Confidencialidad y privacidad

- Si el proceso de comunicación electrónica descrito arriba no se usa, no podemos garantizar la confidencialidad de la información.
- HTPN no divulgará su dirección de correo electrónico a las partes que no estén autorizadas a ver su expediente médico.

#### Consentimiento y aceptación

*He leído detenidamente este documento y acepto cumplir con todas las pautas definidas en él referentes a las comunicaciones electrónicas por parte de HTPN. Comprendo que el servicio se ofrecerá sin cargo alguno y que me informarán si se cobrará un cargo por el servicio y cuando esto suceda.*

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Instrucciones para los pacientes referentes a mensajes protegidos**

1. Recibirá un mensaje por correo electrónico en su buzón de parte de [BaylorofficeEHR@BaylorHealth.edu](mailto:BaylorofficeEHR@BaylorHealth.edu) o [nombre@BaylorHealth.edu](mailto:nombre@BaylorHealth.edu) (el nombre que figura en esta dirección puede ser el nombre del médico o enfermero). Nota: asegúrese de que su correo electrónico esté configurado para aceptar mensajes del dominio [BaylorHealth.edu](http://BaylorHealth.edu) y evitar que se descarte como correo no solicitado.
2. Abra el mensaje y **oprima** el enlace que figura en éste.
3. Aparecerá un mensaje de bienvenida que describe el sistema de Mensajes protegidos (Secure Messaging). **Oprima** “Next” (Siguiente).
4. En la sección de conexión inicial al sitio, necesita crear una contraseña. **Es importante anotar su contraseña y guardarla en un lugar seguro** ya que usará la misma contraseña en los mensajes futuros que reciba de su proveedor. **Escriba** la información y **oprima** “Set Password” (Crear una contraseña).
5. Si olvida su contraseña e intenta entrar al sistema, se bloqueará la entrada a su cuenta después de tres intentos con una contraseña equivocada. Este bloqueo durará 20 minutos antes de que pueda intentarlo nuevamente. Por ello es importante que anote su contraseña y la guarde en un lugar seguro. Si todavía no puede entrar al sistema, comuníquese con [BHNI@BaylorHealth.edu](mailto:BHNI@BaylorHealth.edu) para obtener ayuda.
6. Aunque podrá **ver el mensaje protegido no tendrá la opción de responder**.