

## Formulario de visitas

### Información para el paciente

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		Numero de Seguros Sociales
Dirección física			
Ciudad	Estado	Código postal	Parroquia/Condado

### Motivo de la visita

<b>Enfermedad / Lesión</b> (Seleccione una)	<input type="checkbox"/> Relacionados con el trabajo	<input type="checkbox"/> Personal		
<b>Lugar de trabajo</b>	<b>Operador de Arrendamiento</b>			
<b>Queja:</b>				
<b>Ensayo</b>	<input type="checkbox"/> Prueba de detección de drogas	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Ocupacional	<input type="checkbox"/> COVID

### Representante de la empresa

Nombre	
Título	Compañía
Número de teléfono	Correo electrónico

### Información de facturación de la empresa

Nombre del contacto de facturación	Teléfono de facturación
Dirección de facturación de la empresa	
Correo electrónico de facturación	

Entiendo que al firmar este formulario, autorizo a XstremeMD a tratar al empleado anterior y la compañía anterior será responsable del pago de todos los honorarios incurridos. Si la visita se considera personal después de que haya comenzado, la compañía sigue siendo responsable de los cargos.

Entiendo que XstremeMD no factura Compensación a los Trabajadores, Medicaid o seguro privado. Se espera que pague a XstremeMD por la factura antes de la fecha de vencimiento. Si no ha configurado una cuenta de cliente con XstremeMD, el pago vence en 14 días. La falta de pago dará lugar a que su empresa ya no sea atendida en nuestras clínicas.

Firma del Representante de la Empresa



## Autorización para delibera información de Salud Confidencial

### Ley de Privacidad

Este formulario autoriza la divulgación de la información solicitada de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, 45 CFR Partes 160 y 164 además de los usos rutinarios de la información autorizada por HIPAA y de acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad.

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

La información puede ser divulgada a:   
 Propósito de la publicación de información:   
 A: La persona o entidad responsable del pago de los servicios de salud y / o involucrados en mi tratamiento, incluyendo, pero no limitado a Mi empleador ya cualquier entidad que trabaje con mi Empleador, como un asegurador, administrador de casos o Administrador Tercero para tratamiento O pagos. El tratamiento y los pagos incluyen, pero no se limitan a funciones relacionadas con el empleo, como aptitud para el deber, chequeo de drogas y compensación al trabajador o programas similares establecidos por la ley que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin consideración de culpa.

Nombre del proveedor o entidad de salud para divulgar esta información: XstremeMD

Dirección de la entidad anterior: 1028 Forum Drive Broussard, LA 70518

Información que se publicará:

Fecha de Expiración: Esta Autorización expira 2 años a partir de la fecha de firma abajo, a menos que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_ Por la presente autorizo la liberación de TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN relacionada con mi cuidado y tratamiento para mi Lesión o Enfermedad en la visita de \_\_\_\_\_ (Historia, examen físico y evaluación), resultados de pruebas de cualquier tipo, informes de radiología, referencias, notas de consultores, registros de facturación, seguros Registros y TODOS los registros creados o recibidos por XstremeMD para el cuidado y tratamiento proporcionado en todas las fechas relacionadas con mi Lesión o Enfermedad.

\_\_\_\_\_ Por la presente, autorizo la publicación de mis Expedientes Médicos e Información a través del portal XstremeMD, lo que permite que el destinatario tenga acceso a mi historial médico, incluyendo formularios de regreso al trabajo y reportes de manejo de casos relacionados con el trabajo.

\_\_\_\_\_ Limitación sobre la divulgación de información:

### Reconocimiento

Solicito que la información de salud relacionada con mi cuidado y tratamiento sea liberada según lo establecido en este formulario y entienda: 1) Esta autorización puede incluir la revelación de información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental e información confidencial relacionada con el VIH solo si yo firmo Mi nombre en la línea de abajo. 2) Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a XstremeMD en: 1028 Forum Dr, Broussard, LA 70518. 3) Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que la información publicada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del beneficiario y puede que ya no esté protegida por HIPAA. 4) Mi tratamiento no estará condicionado a mi autorización de esta divulgación, excepto por lo permitido por HIPAA para los servicios de atención médica que tienen el único propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a terceros, como mi Patrón para propósitos tales como exámenes físicos previos a la colocación, Exámenes de drogas y exámenes de aptitud física, y la falta de autorización puede resultar en la terminación de la relación con el paciente.

### Autorización adicional para la divulgación de información:

Entiendo que esta información puede usarse para ajustar, describir o reportar asuntos sobre mi cuidado y tratamiento a las personas con derecho a recibir esta información y autorizo expresamente a XstremeMD a participar en COMUNICACIONES ORALES con respecto a mi historial médico e información como se establece arriba.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmo que el contenido es coherente con mi dirección. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Telemedicine Consent Form with XstremeMD

## Patient Information

First Name	Last Name	Location of Patient
Employer		

Al firmar esta autorización y formulario de consentimiento informado; entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que mi empleador desea que participe en una consulta de telemedicina con un médico de urgencias, empleado por XstremeMD.
2. Mi empleador y / o la persona designada de XstremeMD me han explicado cómo la tecnología de videoconferencia se utilizará para efectuar dicha consulta. Entiendo que esta consulta no será la misma como una consulta directa al paciente/proveedor de salud, debido al hecho de que no voy a estar en la misma habitación que el profesional del cuidado de la salud.
3. Entiendo que hay riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi empleador o yo podemos dejar la consulta/visita de telemedicina, si se estima que las conexiones de videoconferencia no son las adecuadas para la situación.
4. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mis derechos a cuidados o tratamientos futuros. Entiendo que proporcionare este retiro por escrito.
5. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otros individuos con el propósito de completar horarios y la facturación de servicios. Se entiende que otro personal pueden estar presentes durante la consulta aparte de mi empleador y el médico XstremeMD para operar el equipo de vídeo. Las personas anteriormente mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que voy a ser informado de su presencia en la consulta y por lo tanto tengo derecho a solicitar lo siguiente: (1) Pedir al personal no médico salir del salón de telemedicina (2) Terminar la consulta en cualquier momento.
6. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina, y al elegir a participar en una consulta de telemedicina; entiendo que algunas partes del examen sobre ensayos físicos, pueden ser conducidos por personas en mi localidad bajo la dirección de un proveedor de salud.
7. Entiendo que la práctica de la telemedicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de la consulta, el tratamiento y la prestación de servicios médicos.
8. Entiendo que mi historia clínica y el examen físico serán video grabados, guardados en una red segura y se convierten en una parte de mi expediente médico legal.
9. En una consulta urgente, entiendo que la responsabilidad del especialista en consultoría de telemedicina consiste, en asesorar al personal presente que la responsabilidad de él/ella concluirá al término de la conexión de videoconferencia.



10. Autorizo a XstremeMD a que revele cualquier tipo de información, incluyendo registros médicos, número de seguro social si es necesario, y todos los demás datos pertinentes relacionados con mi tratamiento por el médico de XstremeMD que puedan ser solicitados por la Compensación al Trabajador, mi empleador, o cualquier otra agencia que pueda tener interés o participación en el pago de impuestos u otro interés genuino relacionado con los servicios profesionales rendidos a mí.
11. Autorizo a XstremeMD a que revele la razón de mi visita y mi estado de salud para poder regresar a trabajar a mi empleador o cualquier otra agencia que pueda tener interés o participación en el pago de cargos u otro interés genuino relacionado con los servicios profesionales rendidos a mí.
12. Autorizo a XstremeMD a que revele cualquier y toda información, incluyendo registros médicos, número de seguro social y cualquier información relacionada con mi tratamiento por el médico de XstremeMD que puedan ser solicitadas o requeridas por cualquier médico o proveedor de atención a la salud que me esté proporcionando servicios médicos.
13. Autorizo a XstremeMD a utilizar los datos de esta visita; Con respecto al tratamiento, la disposición y los diagnósticos que me han sido proporcionados, incluida la posible publicación por razones educativas o promocionales. Entiendo que mi identidad y toda la información de identificación se mantendrá confidencial.
14. He leído este documento cuidadosamente y entiendo los riesgos y beneficios de la consulta teleconferencia. He recibido explicación a todas mis preguntas sobre el procedimiento y doy mi consentimiento para participar en una visita de la telemedicina en los términos descritos en este documento.
15. Entiendo que los médicos que me tratan se encuentra en Lafayette, Louisiana y tienen licencia para practicar medicina en el estado de Louisiana, Texas, Oklahoma, New Mexico y North Dakota. Estoy de acuerdo en que cualquier disputa que surja de esta consulta sobre telemedicina, con el médico de XstremeMD que me está tratando, se resolverá en los tribunales de Louisiana. También estoy de acuerdo que las leyes de Louisiana se aplicarán a todos los conflictos, incluida cualquier demanda por negligencia médica.

He leído y comprendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora



# Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad Consentimiento para la Divulgación de Información Protegida de Salud para el Tratamiento, Pago y Operaciones de Salud

XstremeMD (XMD) se compromete a mantener la privacidad de su información de salud. Durante su tratamiento, los médicos, enfermeras y otro personal pueden recopilar información sobre su historial de salud y su estado de salud actual. Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad explica como la información, llamada "Información Protegida de Salud" puede ser usada y revelada a otros. Este Aviso en su totalidad está disponible para usted en este momento, si usted solicita una copia en papel.

En virtud de este documento, también doy mi consentimiento a XstremeMD para usar y / o divulgar mi información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud como lo permita HIPAA. Entiendo que XstremeMD, al proporcionar atención médica, revelará mi información personal de salud a cualquier persona que yo identifique, siempre y cuando la información revelada sea relevante para su participación en mi cuidado o pago por mi cuidado. Entiendo que puedo inhabilitar o restringir la divulgación de mi información a esas personas o revocar este consentimiento general de privacidad mediante una notificación escrita, firmada y fechada por el paciente o el representante personal del paciente. En caso de que se cancele este consentimiento para divulgar mi información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y operaciones, entiendo que XstremeMD puede terminar la relación con el paciente.

He leído y entiendo la declaración anterior

---

Firma del Paciente

---

Fecha / Hora