



Gracias por expresar su interés en The Prosthetic Foundation (la Fundación) . Queremos asegurarle que sus necesidades prostéticas son importantes para nosotros y que nos esforzamos tanto como nos es posible para procesar y tratar a la mayor cantidad de candidatos calificados.

The Prosthetic Foundation es una organización completamente benéfica, financiada de forma privada y atendida por administradores y clínicos expertos que donan generosamente su tiempo y talento para enriquecer la vida de los demás. Por lo tanto, es muy importante para nosotros tener información personal adecuada para determinar la selección de pacientes que recibirán nuestras subvenciones que pueden cambiar sus vidas.

Para calificar para el tratamiento de la Fundación los candidatos deben enviar por correo los formularios de solicitud y consentimiento completos que se adjuntan, así como también, las copias de las primeras dos páginas de su Declaración Federal de Impuestos al Ingreso de los últimos dos años. Independientemente, también debemos recibir dos cartas de recomendación, una de su proveedor de atención médica y otra de su Ortopedista. El Ortopedista debe demostrar la necesidad por la cual este dispositivo específico es propuesto.

Toda la información requerida debe recibirse junto con la solicitud para ser considerada. Si bien no contamos con un departamento que pueda monitorear el estado de cada candidato, las solicitudes completadas permanecen activas en nuestro sistema hasta que el candidato haya sido invitado para recibir el tratamiento o haya recibido una carta que indique la descalificación.

Sinceramente,

The Prosthetic Foundation

**PD: Por favor realice copias de su aplicación y otros contenidos del paquete de la Fundación para sus records. Por favor envíenos su paquete por correo. No lo envíe por fax a menos que haya sido autorizado previamente.**

**Si la declaración de impuestos no está disponible, se puede obtener una en [www.irs.gov/Individuals](http://www.irs.gov/Individuals). Debajo de Archivos de Impuestos, haga clic en Ordenar una transcripción de su declaración de impuestos. Para una respuesta rápida, elija: Obtenga Transcripción En Línea para ver e imprimir su transcripción de manera inmediata.**



## The Prosthetic Foundation Programa de Asistencia

Si usted está interesado en solicitar asistencia, deberá completar la Solicitud por Dificultades Financieras que se adjunta y proporcionarnos la documentación requerida para procesar su solicitud. Completar estos formularios no garantiza la aprobación.

Junto con los documentos solicitados, deberá brindarnos una copia de su licencia de conducir válida de Texas o identificación de Texas o identificación con foto y prueba de residencia. Por favor, verifique que haya completado y adjuntado todos los documentos para evitar retrasos en el proceso.

### Lista de verificación:

- Identificación con foto.
- Tarjeta de Seguridad Social.
- Solicitud por Dificultades Financieras con firma o iniciales en la parte inferior de las páginas.
- Primeras dos páginas de la Declaración Federal de Impuesto al Ingreso de los últimos dos años (W2 archivado) / Comprobante de Ingreso Anual, Carta de Otorgamiento de Seguro Social.
- Últimos cuatro talones de cheques (suyos y del cónyuge que trabaja).
- Recibo o carta de alquiler / hipoteca.
- Recibos actuales de gastos mensuales. (Electricidad, agua, propiedad, vehículo).
- Autorización para la Divulgación de Información Médica: se le proporcionan 3 copias. Complete la información para 3 proveedores diferentes, por ejemplo: su médico de atención primaria, su ortopedista y otros (por ejemplo: un hospital). *Donde se indica "Motivo de la Solicitud", le sugerimos que ingrese:*  

*Estoy solicitando ayuda para recibir una prótesis.*
- Formulario de Autorización y Divulgación del Crédito del Consumidor.
- Consentimiento para Fotografiar, Grabar, Publicar o Transmitir (iniciales en el casillero/s)
- Dos cartas de recomendación, una de su proveedor de atención médica y otra del Ortopedista. El Ortopedista debe demostrar la necesidad por la cual este dispositivo específico es propuesto.

Si tiene alguna pregunta, contáctenos. Por favor quédese con las páginas 13 a la 18 de esta solicitud y devuelva los formularios originales y los documentos requeridos a:

The Prosthetic Foundation  
Attention: Assistance Program  
5047 Sherri Ann Road



San Antonio, TX 78233-621

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Para que podamos determinar si usted califica para este programa, le pedimos que **complete este formulario en su totalidad.**

Ingreso mensual bruto total: \$ \_\_\_\_\_

Fuente de ingreso: \_\_\_\_\_

Número de personas que este ingreso soporta mensualmente: \_\_\_\_\_

Costo de Alquiler/Vivienda: \_\_\_\_\_

Facturas de Médico/Hospital: \_\_\_\_\_

Costo de la Medicación: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico o una tercera parte que lo ayudará a pagar sus expensas médicas? Sí es así, por favor indique lo siguiente:

Aseguradora/Nombre: \_\_\_\_\_ Póliza/Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Aseguradora Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

**Gracias. Por favor, devuelva el formulario original a:**

The Prosthetic Foundation  
5047 Sherri Ann Road  
San Antonio, TX 78233  
(210) 237-4400

**Por favor lea la siguiente declaración, y firme a continuación:**

Según mi leal saber y entender, la información indicada arriba es verdadera y correcta. Doy permiso a The Prosthetic Foundation para verificar la información anterior y permitir que The Prosthetic Foundation obtenga un informe del consumidor de conformidad con la Sección 604 (a) (2) de la Ley Federal de Informe Imparcial del Crédito para verificar toda la información financiera presentada en la solicitud.

\_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

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

For Office Use Only:	Effective Date: _____ to _____	Initials: _____
Annual Income: _____	# in Household: _____	Sliding Scale Level: _____



## APLICACIÓN– Subvenciones para el Cuidado del Paciente

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN** Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre (mes/día/año)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Por favor no indique número de Casilla de Correo)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal de los Estados Unidos?  Sí  No

Género:  Masculino  Femenino Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

### Edad Demográfica:

- 12 o menos
- 13-17
- 18-24
- 25-54
- 55-64
- 65 y más

### Estado Civil:

- Casado/a
- Divorciado/a
- Soltero/a
- Separado/a
- Viudo/a

### Nivel Educativo:

- Escuela Secundaria Sin Graduarse
- Escuela Secundaria o Equivalente (GED)
- Asistió a la Universidad Sin Graduarse
- Diploma Universitario
- Título de Postgrado Universitario

### Demografía Racial o Étnica:

- Blanco
- Hispano
- Negro (Afro Americano)
- Asiático
- Aborigen Americano o Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico
- Otra

### Demografía de Ingresos:

- \$20,000 o menos
- \$20,001 - \$40,000
- \$40,001 - \$60,000
- \$60,001 y más

Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_ Licencia Estatal Emitida: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tiempo que ha estado trabajando para su empleador actual \_\_\_\_\_



Nombre del Espos/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Nombre del Empleador del Espos/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tiempo que ha estado trabajado para el empleador actual: \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Nombre de los Dependientes: \_\_\_\_\_

Miembro más cercano de la familia que no viva con usted (incluya la dirección) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Su Ingreso Anual: \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar Combinado: \_\_\_\_\_

Por favor describa su condición actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier condición médica que esté relacionada con su condición actual:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales Aquí



Por favor describa la razón o causa de su condición actual:

---

---

---

---

Fecha de la amputación inicial y la institución donde se realizó el procedimiento: \_\_\_\_\_

---

Por favor describa cómo desea que The Prosthetic Foundation lo ayude:

---

---

Por favor describa su situación financiera actual y por qué usted siente que debe ser considerado para la asistencia. (Por favor adjunto sus formularios W-2 de los últimos 2 años):

---

---

---

Por favor describa qué tipo de asistencia, si alguna existe y está disponible por parte de su familia o amigos:

---

---

---

¿Tiene usted seguro médico? [ ] Si [ ] No

Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Si usted es seleccionado para el cuidado ¿Puede contribuir para su tratamiento? [ ] Si [ ] No

Si puede, ¿Cuánto podría contribuir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales Aquí





**Autorización para la Divulgación de Información Médica**  
**Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su**  
**sigla en inglés) Requerimientos de Conformidad 2017**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La información será revelada a:

Hospital/Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y solicito el intercambio de información entre The Prosthetic Foundation y la persona / organización mencionada arriba. La siguiente información se solicita para ser compartida:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda</b>                             | <input type="checkbox"/> Reporte de Consejero   | <input type="checkbox"/> Resultados de Prueba |
| <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina                     | <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Social/Emocional | <input type="checkbox"/> Medicación             | <input type="checkbox"/> Reporte de Alta      |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones                          | <input type="checkbox"/> Resúmenes              |   |

Rango de fechas para divulgar records (marque uno): Sólo documentos desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Todas las  fechas

Razón del Pedido: \_\_\_\_\_

Tipo de divulgación (marque todas las permitidas) Escrito  Verbal  Electrónica

- La divulgación de información confidencial está sujeta a las Leyes del Estado y Federales. Al firmar esta autorización, yo reconozco que doy permiso para divulgar la información anterior al individuo o agencia que he nombrado pudiéndose incluir información sobre el abuso de drogas o alcohol.

*NOTA: Las regulaciones federales rigen la confidencialidad de las personas dependientes del alcohol y las drogas (42CFR Par 2). La Ley Federal prohíbe la divulgación de (1) notas de psicoterapia, (2) información consentida con anticipación razonable, o para el uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos.*

- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a THE PROSTHETIC FOUNDATION por escrito, excepto en la medida en que: a) se haya tomado acción en virtud de esta autorización; o, b) si esta autorización se obtiene como condición u obtención de cobertura de seguro, otras leyes le otorgan al asegurador el derecho de impugnar un reclamo según la norma o la póliza en sí.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir un **Aviso de Prácticas de Privacidad** por parte de THE PROSTHETIC FOUNDATION.
- Todos los formularios de divulgación vencen un año desde la fecha de su firma a menos que se indique lo contrario. Fecha de vencimiento opcional: \_\_\_\_\_
- Por la presente autorizo lo siguiente; (escriba sus iniciales si corresponde)

\_\_\_\_\_ Divulgación de los resultados de los análisis de sangre de anticuerpos del VIH y / o información sobre el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representante del Paciente                      Imprimir Nombre                      Relación

Firma del Testigo/Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Prohibición de re-divulgación: esta información se le ha sido revelada de los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben realizar cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la cual esta información pertenece o según lo permitan tales reglamentaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_





**Autorización para la Divulgación de Información Médica  
Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su  
sigla en inglés) Requerimientos de Conformidad 2017**

La información será revelada a:

Hospital/Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y solicito el intercambio de información entre The Prosthetic Foundation y la persona / organización mencionada arriba. La siguiente información se solicita para ser compartida:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda</b>                             | <input type="checkbox"/> Reporte de Consejero   | <input type="checkbox"/> Resultados de Prueba |
| <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina                     | <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Social/Emocional | <input type="checkbox"/> Medicación             | <input type="checkbox"/> Reporte de Alta      |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones                          | <input type="checkbox"/> Resúmenes              |   |

Rango de fechas para divulgar records (marque uno): Sólo documentos desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Todas las  fechas

Razón del Pedido: \_\_\_\_\_

Tipo de divulgación (marque todas las permitidas) Escrito  Verbal  Electrónica

- La divulgación de información confidencial está sujeta a las Leyes del Estado y Federales. Al firmar esta autorización, yo reconozco que doy permiso para divulgar la información anterior al individuo o agencia que he nombrado pudiéndose incluir información sobre el abuso de drogas o alcohol.

*NOTA: Las regulaciones federales rigen la confidencialidad de las personas dependientes del alcohol y las drogas (42CFR Par 2). La Ley Federal prohíbe la divulgación de (1) notas de psicoterapia, (2) información consentida con anticipación razonable, o para el uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos.*

- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a THE PROSTHETIC FOUNDATION por escrito, excepto en la medida en que: a) se haya tomado acción en virtud de esta autorización; o, b) si esta autorización se obtiene como condición u obtención de cobertura de seguro, otras leyes le otorgan al asegurador el derecho de impugnar un reclamo según la norma o la póliza en sí.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir un **Aviso de Prácticas de Privacidad** por parte de THE PROSTHETIC FOUNDATION.
- Todos los formularios de divulgación vencen un año desde la fecha de su firma a menos que se indique lo contrario. Fecha de vencimiento opcional: \_\_\_\_\_
- Por la presente autorizo lo siguiente; (escriba sus iniciales si corresponde)

\_\_\_\_\_ Divulgación de los resultados de los análisis de sangre de anticuerpos del VIH y / o información sobre el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente      Imprimir Nombre      Relación

Firma del Testigo/Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Prohibición de re-divulgación: esta información se le ha sido revelada de los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben realizar cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la cual esta información pertenece o según lo permitan tales reglamentaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**Autorización para la Divulgación de Información Médica  
Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su  
sigla en inglés) Requerimientos de Conformidad 2017**

La información será revelada a:

Hospital/Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y solicito el intercambio de información entre The Prosthetic Foundation y la persona / organización mencionada arriba. La siguiente información se solicita para ser compartida:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda</b>                             | <input type="checkbox"/> Reporte de Consejero   | <input type="checkbox"/> Resultados de Prueba |
| <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina                     | <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Social/Emocional | <input type="checkbox"/> Medicación             | <input type="checkbox"/> Reporte de Alta      |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones                          | <input type="checkbox"/> Resúmenes              |   |

Rango de fechas para divulgar records (marque uno): Sólo documentos desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Todas las  fechas

Razón del Pedido: \_\_\_\_\_

Tipo de divulgación (marque todas las permitidas) Escrito  Verbal  Electrónica

- La divulgación de información confidencial está sujeta a las Leyes del Estado y Federales. Al firmar esta autorización, yo reconozco que doy permiso para divulgar la información anterior al individuo o agencia que he nombrado pudiéndose incluir información sobre el abuso de drogas o alcohol.

*NOTA: Las regulaciones federales rigen la confidencialidad de las personas dependientes del alcohol y las drogas (42CFR Par 2). La Ley Federal prohíbe la divulgación de (1) notas de psicoterapia, (2) información consentida con anticipación razonable, o para el uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos.*

- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a THE PROSTHETIC FOUNDATION por escrito, excepto en la medida en que: a) se haya tomado acción en virtud de esta autorización; o, b) si esta autorización se obtiene como condición u obtención de cobertura de seguro, otras leyes le otorgan al asegurador el derecho de impugnar un reclamo según la norma o la póliza en sí.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir un **Aviso de Prácticas de Privacidad** por parte de THE PROSTHETIC FOUNDATION.
- Todos los formularios de divulgación vencen un año desde la fecha de su firma a menos que se indique lo contrario. Fecha de vencimiento opcional: \_\_\_\_\_
- Por la presente autorizo lo siguiente; (escriba sus iniciales si corresponde)

\_\_\_\_\_ Divulgación de los resultados de los análisis de sangre de anticuerpos del VIH y / o información sobre el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente                      Imprimir Nombre                      Relación

Firma del Testigo/Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Prohibición de re-divulgación: esta información se le ha sido revelada de los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben realizar cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la cual esta información pertenece o según lo permitan tales reglamentaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.



## Autorización y Divulgación del Reporte de Crédito al Consumidor

Por la presente se otorga autorización a The Prosthetic Foundation para obtener un reporte de crédito de datos factual estándar a través de una agencia de informes de crédito elegida por The Prosthetic Foundation.

Mi firma a continuación autoriza el envío a la agencia de informes de crédito de una copia de mi solicitud de crédito y autoriza a la agencia de informes crediticios a obtener información sobre mi empleo, cuentas de ahorro y cuentas de crédito pendientes (hipotecas, préstamos para automóviles, préstamos personales, tarjetas de crédito, uniones de crédito, etc.). Además, se autoriza a la agencia de informes a utilizar una reproducción fotostática de esta autorización si es necesario para obtener cualquier información relacionada con los datos mencionados anteriormente.

Los interesados solicitan una copia del informe de crédito obtenido con cualquier posible información peyorativa enviada a The Prosthetic Foundation, 5047 Sherri Ann Road, San Antonio TX 78233-6213, y mantiene indemne a The Prosthetic Foundation y a cualquier organización de informes de crédito al enviar la copia pedido.

Cualquier reproducción de esta autorización y publicación de informes crediticios realizada por medios confiables (por ejemplo, fotocopia o fax) se consideran original.

*\*NOTA: Por favor incluya una copia válida de su Licencia de Conducir\**

### SOLICITANTE

### CO-SOLICITANTE (si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Seguridad Social# Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Seguridad Social # Fecha de Nacimiento(mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia de Conducir/Estado de Emisión

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia de Conducir/Estado de Emisión

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal/Condado

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal/Condado

\_\_\_\_\_  
Previa Dirección si se mudó en los últimos 2 años

\_\_\_\_\_  
Previa Dirección si se mudó en los últimos 2 años

\_\_\_\_\_  
Previa Ciudad/Estado/Código Postal/Condado

\_\_\_\_\_  
Previa Ciudad/Estado/Código Postal/ Condado

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (incluyendo el código de área)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Consentimiento para fotografiar, grabar, publicar o transmitir

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

Nombre de la persona a ser fotografiada o grabada: \_\_\_\_\_

Relación con The Prosthetic Foundation: \_\_\_\_\_. El firmante autoriza a The Prosthetic Foundation y / o los médicos asistentes o sus designados a:

### Por favor coloque sus iniciales el casillero(s) apropiado:

**USO GENERAL:** Tomar y reproducir fotografías, películas, video y / o cintas de audio, diapositivas u otros medios de la persona mencionada anteriormente en relación con el diagnóstico, la atención y el tratamiento, o la capacidad funcional de la institución mencionada anteriormente. El uso de tales materiales y el nombre de la persona en relación con cualquier publicación o transmisión (incluidos, entre otros, periódicos, televisión y / o radio, libros, folletos, revistas y películas) no se limita a fines científicos o educativos y puede ser utilizado de tal manera y en los momentos y en los lugares que The Prosthetic Foundation determinará, sin restricción a su exclusivo criterio.

**SÓLO PARA PROPÓSITOS CIENTÍFICOS Y EDUCATIVOS:** Tomar y reproducir fotografías, películas, video y / o cintas de audio, diapositivas u otros medios de la persona mencionada anteriormente en relación con el diagnóstico, cuidado y tratamiento, o la capacidad funcional de la institución mencionada anteriormente. El uso de tales materiales y el nombre de la persona en relación con cualquier publicación o transmisión (incluidos, entre otros, periódicos, televisión y / o radio, libros, folletos, revistas y películas) se limita únicamente a fines científicos o educativos.

### Limitaciones, si alguna existe:

\_\_\_\_\_  
Renuncio a todos los derechos que pueda tener sobre cualquier reclamo de pago o regalías relacionado con cualquier exhibición, publicación o transmisión de lo anterior, independientemente de si dicha exhibición, publicación o transmisión es filantrópica, comercial, institucional o patrocinada privadamente e independientemente de si se cobra una tarifa de admisión o alquiler.

\_\_\_\_\_  
Libero a The Prosthetic Foundation y sus médicos, empleados y consultores de cualquier responsabilidad relacionada con el uso de dichos materiales. Entiendo que esta autorización seguirá vigente a menos que se revoque por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Legal (si el paciente es menos de 18)

\_\_\_\_\_  
Teléfono: Código del área y número

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA POR NUESTRA ORGANIZACIÓN Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.**

**ESTE AVISO ES UNA REVISIÓN Y HA ENTRADO EN PRÁCTICA el 14 de Noviembre de 2014**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte  
The Prosthetic Foundation  
5047 Sherri Ann Rd.  
San Antonio, Texas 78233  
Teléfono: 210-237-4400, Fax: 210-828-0590

**OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR/CLÍNICA:**

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida.
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.
- Seguir los términos de nuestro aviso que está actualmente en efecto.
- En Texas, le informamos que divulgamos su Información Médica Protegida (PHI, por su sigla en inglés) electrónicamente.
- Notificarle sobre cualquier violación a la información protegida según lo exigen las leyes federales y estatales.

**INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

La información médica protegida está definida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su sigla en inglés) como información médica individualmente identificable; puede ser verbal, escrita o electrónica.

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA:**

A continuación, se describen las formas en que podemos usar y divulgar la Información Médica que lo identifica ("Información Médica"). Excepto por los fines que se describen a continuación, utilizaremos y divulgaremos la Información Médica sólo con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo al Funcionario de Privacidad de nuestra práctica.

***Para el Tratamiento.*** Podemos usar y divulgar Información Médica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar Información Médica a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas personas ajenas a nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para brindarle atención médica.

***Para el Pago.*** Podemos usar y divulgar la Información Médica para que nosotros u otros puedan facturar y recibir un pago de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle información sobre su plan de salud para que paguen por su tratamiento.

***Para Operaciones de Atención Médica.*** Podemos usar y divulgar Información Médica con el fin de llevar a cabo operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para garantizar que la atención que reciba sea de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operaciones de atención médica.

**Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento, y Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar Información Médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar Información Médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Personas Involucradas en su Cuidado o el Pago por su Cuidado.** Cuando corresponda, podemos compartir Información Médica con una persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de la misma, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que colabore en un esfuerzo de ayuda en caso de desastres.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar Información Médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con los que recibieron otro, por la misma afección. Antes de utilizar o divulgar la Información Médica para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores examinen los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en sus proyectos de investigación o para otros fines similares, siempre que no eliminen ni tomen una copia de ninguna Información Médica.

#### **SITUACIONES ESPECIALES:**

**Como La Ley lo Requiere.** Divulgaremos Información Médica cuando así lo exija la legislación internacional, federal, estatal o local.

**Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y divulgar Información Médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Las divulgaciones, sin embargo, se harán sólo a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

**Socios de Negocio.** Podemos divulgar la Información Médica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

**Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar Información Médica a organizaciones que manejan adquisiciones de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación de órganos, ojos, tejidos y trasplantes.

**Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su Información Médica según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar Información Médica a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es miembro de un ejército extranjero.

**Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar Información Médica para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de Salud Pública.** Podemos divulgar Información Médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar sobre nacimientos y muertes; denunciar abuso o negligencia infantil; informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que pueden estar usando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si acepta o cuando lo requiera o autorice la ley.

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar Información Médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo: auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Con el Fin de Notificar la Violación de Datos.** Podemos usar o divulgar su Información Médica Protegida para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su Información Médica.

**Demandas y Disputas.** Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información Médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar Información Médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar Información Médica si un oficial de la ley nos lo solicita siempre que la información sea: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, mandamiento judicial, convocatoria o proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito, incluso si, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción, ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar Información Médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar Información de Médica a los directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.

**Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos divulgar Información Médica a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección para el Presidente y Otros.** Podemos divulgar Información Médica para autorizar a funcionarios federales con el fin de que puedan brindar protección al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

**Presos o Individuos bajo Custodia.** Si usted está preso en una institución correccional o está bajo la custodia de un agente del orden público, podemos divulgar Información Médica a la institución correccional o al funcionario



encargado de hacer cumplir la ley. La divulgación, si es necesario, sería para la institución: (1) para proporcionarle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para proporcionar la protección y seguridad de la institución correccional.

### **USOS Y DIVULGACIONES QUE NECESITAN QUE LE BRINDEMOS UNA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y OPTAR POR RETIRARSE**

**Personas Involucradas en su Cuidado o Pago por su Cuidado.** A menos que tenga una objeción, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona su identificación y su Información Médica Protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u objetar tal divulgación, podemos comunicar dicha información según sea necesario si determinamos qué es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional.

**Alivio de desastres.** Podemos divulgar su Información Médica Protegida a organizaciones de ayuda en desastres que buscan su Información Médica Protegida para coordinar su atención, o notificar a familiares y amigos su ubicación o condición en un desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u objetar dicha divulgación cada vez que podamos hacerlo de manera práctica.

### **SU AUTORIZACIÓN ESCRITA ES OBLIGATORIA PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Médica protegida se realizarán sólo con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de Información Médica protegida para fines de comercialización.
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su Información Médica protegida.

Otros usos y divulgaciones de Información Médica protegida no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán sólo con su autorización por escrito. Si nos otorga una autorización, puede revocarla en cualquier momento presentando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y no divulgaremos más la Información Médica Protegida bajo la autorización. Pero la divulgación que hicimos en función de su autorización antes de revocarla no se verá afectada por la revocación.

### **SUS DERECHOS**

Usted tiene los siguientes derechos en referencia a la Información Médica que tenemos sobre usted:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información Médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta Información Médica, debe realizar su solicitud, por escrito, a The Prosthetic Foundation 5047 Sherri Ann Rd., San Antonio, Texas 78233. En Texas, tenemos hasta 15 días para poner a su disposición su Información Médica protegida y nosotros podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Es posible que no le cobremos una tarifa si necesita la información para un reclamo de beneficios conforme a la Ley de Seguridad Social o cualquier otro programa de beneficios estatal o federal basado en las necesidades. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud, tiene derecho a que un profesional de la salud autorizado que no participó directamente en la denegación de su solicitud revise la denegación, y cumpliremos con el resultado de la revisión.



**Derecho a una Copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos.** Si su Información Médica Protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como registro médico electrónico), usted tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de su registro o que se le transmita a otro individuo o entidad. Haremos todos los esfuerzos posibles para brindar acceso a su Información Médica Protegida, en la forma o formato que solicite, si es fácilmente producible en dicha forma o formato. Si la Información de Médica Protegida no se puede producir fácilmente en la forma o formato que solicita, su registro se proporcionará de manera electrónica estándar o si no desea este formulario o formato, se le brindará una copia impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo del trabajo asociado con la transmisión de la historia clínica electrónica.

**Derecho a Recibir Notificación de una Infracción.** Usted tiene derecho a recibir una notificación por incumplimiento a asegura cualquiera de su Información Médica Protegida.

**Derecho a Enmendar.** Si considera que la Información Médica que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud, por escrito, a The Prosthetic Foundation 5047 Sherri Ann Rd., San Antonio, Texas 78233.

**Derecho a un Informe de Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de la Información Médica para fines distintos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, o para los cuales proporcionó una autorización por escrito. Para solicitar un informe de divulgaciones, debe realizar su solicitud, por escrito, a The Prosthetic Foundation 5047 Sherri Ann Rd., San Antonio, Texas 78233.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la Información Médica que utilizamos o divulgamos para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la Información Médica que divulgamos a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe realizar su solicitud, por escrito, a The Prosthetic Foundation 5047 Sherri Ann Rd., San Antonio, Texas 78233. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que nos solicite restringir el uso y la divulgación de su Información Médica Protegida a un plan de salud para propósitos de pago o de atención médica y dicha información que desea restringir pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual nos ha pagado en su totalidad "de su bolsillo". Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

**Pagos de su Bolsillo.** Si pagó de su bolsillo (o, en otras palabras, ha solicitado que no le facturemos a su plan de salud) en su totalidad por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su Información Médica Protegida con respecto a ese artículo o el servicio no se divulga a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa solicitud.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo contactemos por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud, por escrito, a The Prosthetic Foundation 5047 Sherri Ann Rd., San Antonio, Texas 78233. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Aceptaremos solicitudes razonables.



***Derecho a una copia en papel de este aviso.*** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: [www.pvasatx.com](http://www.pvasatx.com). Para obtener una copia en papel de este aviso, por favor visite a la Recepcionista.

**CAMBIOS A ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la Información Médica que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página del aviso.

**QUEJAS:**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con el Oficial de Privacidad de The Prosthetic Foundation. Todas las quejas deben hacerse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**