



# TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247

## COMPENCAION DEL TRABAJO

### PACIENTE DEMOGRAFICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S#: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_

Numero y Nombre de Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
#deCasa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_

### INFORMACION de EMPLEO

Nombre de Empleadores: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero y nombre de Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

**Dia de Herida:** \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ am/pm

Su Actual Posición/Título: \_\_\_\_\_  
El estatus actual del Trabajo antes de herida: Tiempo lleno Tiempo de parte  
Temporario Contrato Otro

Esta Fuerar del Trabajo:  Si  No Ultimo Dia que Trabajo: \_\_\_\_\_

El plazo de tiempo trabajó antes de herida: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Dias

El tipo del trabajo que estaba hacienda cuando sucedio la herida: \_\_\_\_\_

Locacion donde sucedio la herida incuyendo Cuidad y Estado: \_\_\_\_\_

En sus propias palabras, describa el accidente: \_\_\_\_\_

¿Reporto el Accidente al empleador?  Si  No ¿Si si a quien? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

¿Fue usted hostipalized debido a esta herida?  Si  No

¿ A Cuál hospital fue usted admitido? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo fue su estancia? \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Dia Admitido

Dia de Descargue

¿Antes de este accidente, jamás ha tenido usted cualquiera de las quejas físicas semejantes a lo que usted tiene ahora?  Si  No Si sí describe por favor: \_\_\_\_\_

¿Fueron estas quejas semejantes el resultado de un accidente anterior (s)?  Si  No

Si sí, proporciona por favor detalles de accidente (s): \_\_\_\_\_

¿Ha vuelto usted trabajar desde este accidente (s)?  Si  No

Si usted ha regresadoa trabajar; la Fecha de regreso?: \_\_\_\_\_

deber lleno deber Ligero / tiempo completo Tiempo de parte

Titulo/Posision: \_\_\_\_\_

# TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247

## HISTORIA CLINICA

¿Qué tratamiento ya ha recibido usted para su condición?

- Cirugía: La cirugía Fue \_\_\_\_\_ Exitosa \_\_\_\_\_ Fracaso/donde fue echa? \_\_\_\_\_  
 Terapia Físico: Su terapia Fue \_\_\_\_\_ Exitosa \_\_\_\_\_ Fracaso/donde fue echa? \_\_\_\_\_  
 Servicio de Quiropráctica: Fue su tratamiento \_\_\_\_\_ Exitosa \_\_\_\_\_ Fracaso/donde fue? \_\_\_\_\_  
 Otra \_\_\_\_\_

Nombre y Direccion del otro Doctor(es) quién le trató para su condición: \_\_\_\_\_

La fecha de Ultimo: Examen físico \_\_\_\_\_ Radiografía de espinal \_\_\_\_\_  
 Análisis de sangre \_\_\_\_\_ Examen de espinal \_\_\_\_\_  
 Radiografía torácica \_\_\_\_\_ Prueba de orina \_\_\_\_\_ Radiografía dental \_\_\_\_\_  
 MRI, el CT-ESCANER, Escáner de Hueso \_\_\_\_\_

Coloque una marca en "Sí" o "No" indicar si usted ha tenido cualquiera de lo Siguiente:

- |                        |   |                     |   |                       |   |                       |   |
|------------------------|---|---------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|
| SIDA/VIH               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Viruela de pollo    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Afección hepática     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Arthritis Reumatoide  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alcoholismo            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sarampión             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumática      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Inlesiones Alergicas   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Migraña de Caveza     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fibre Escarlatina     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Aborto                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enbolio               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anorexia               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fracturas           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mononucleosis         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atemto de suicidio    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artricitis             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Múltiple Esclerosis   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bocio               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Paperas               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gonorrea            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Turberculosis         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Desórdenes de Bleeding | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gota                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores, Crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Seno Amontona          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Parkinson's           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre Tifoidea       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bronquitis             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nervio pellizado      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulceras               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bulimia                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hernia              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pneumonia             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Infecciones Vaginales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hernió Disco        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Polio                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Venérea    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cataratas              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de Próstata | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gritando Tos          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dependencia química    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prótesis              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Enfermedad renal  Sí  No ¿Ha tenido usted alguna enfermedad nerviosa o mental?  Sí  No

¿Ha tenido usted cuidado psiquiátrico?  Sí  No ¿Ha recibido usted una descarga médica de las Fuerzas armadas?  Sí  No

<u>EJERCICIO</u>	<u>HABITOS de TRABAJO</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentar	<input type="checkbox"/> Fumar	Paquetes/al dia _____
<input type="checkbox"/> Modere	<input type="checkbox"/> Posición	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas/al la semana _____
<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Cafeína	Tazas/Diarias _____
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado	<input type="checkbox"/> Nivel alto de Stress	Rason _____

**SOL MUJERES:** ¿Está usted embarazada?  Sí  No Si sí Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Embarazos \_\_\_\_\_

El método de entrega: La C-sección # \_\_\_\_\_ Vaginal# \_\_\_\_\_ Miscarriages# \_\_\_\_\_

Otras Cirugías Femeninas: \_\_\_\_\_

<u>Las heridas/Y Cirugías que usted ha tenido</u>	<u>Descripciones</u>	<u>Fecha</u>
Callidas	_____	_____
Heridas en la cabeza	_____	_____
Huesos rotos	_____	_____
Dislocaciones	_____	_____
Cirugías	_____	_____

<u>MEDICAMENTOS</u>	<u>ALERGIAS</u>	<u>VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_



6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247

**COMPENACION DEL TRABAJO**

**DESCRIPCION DEL TRABAJO**

(En función de un día de trabajo de 8 horas, significa "ocasionalmente" 33%, Signifique" con "frecuencia" 34% a 66%, Y "segido" significa 67% a 100% todo el día)

En un día laborable de 8 horas típico, yo: (circulo# de horas/actividad)

Sentado	1	2	3	4	5	6	7	8	horas
Parado	1	2	3	4	5	6	7	8	horas
Caminando	1	2	3	4	5	6	7	8	horas

En el trabajo, yo realico las actividades siguientes:

	NADA EN ABSOLUTO	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	CONTINUAMENTE
Doblarse/escalinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agácharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrastrase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcance sobre hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empujar/Tirando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el trabajo, Yo levanto:

	NADA EN ABSOLUTO	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	CONTINUAMENTE
Hasta 10 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 a 24 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 a 34 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 a 50 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 a 74 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 a 100 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted que agacharse al hacer cualquier levantar?  Si  No

¿Son utilizados los pies para movimientos repetitivos, como en controles operadores de pie?  
 Si  No

Utiliza las manos para acciones repetitivas, como:

	AGARRAR SENCILLO	AGARRAR EMPRESANDO	MULTE MANIPULACION
MANO DERECHA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
MANO IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Es requerido usted trabajar en alturas sin protección?  SI  NO

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es requerido usted estar alrededor de maquinaria móvil?  SI  NO

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247

**COMPENACION DEL TRABAJO**

**DESCRIPCION DEL TRABAJO continuasion**

¿Es expuesto usted a cambios marcados en la temperatura y la humedad? SI NO

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es requerido usted manejar equipo automatico/ automotor? SI NO

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es expuesto usted quitar el polvo, los vapores y/o los gases? SI NO

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liste por favor algún comentario adicional:

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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

¿Cómo se enteró usted de nuestra oficina? \_\_\_\_\_



# TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247

## AUTORIZACION PARA EL RIALISO DE INFORMACION

Yo autorizo

para realizar informacion de mi medico, educacion, psiquiatrico/de droga/registros de alcohol.

Especificamente:  Historia pasada & Fisico  Notas de Enfermera  EEG/EKG/CAT Scan  
 Resumen de Descargo  Notas de serv. Social  Ordenes del doctor medico  
 Notas operativas  Laboratorio  Otro especifica por favor:  
 Notas de progreso del doctor medico  Radiologia

Del periodo de tiempo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Para el Sigiente Proposito \_\_\_\_\_

Esta informacion puede ser realizada a: Texas Medical Institute

6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016  
Fax: 817-731-2157

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140  
Fax: 817-615-8635

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247  
Fax: 214-459-3711

Comprendo que el tipo especifico de informacion para ser revelado puede incluir una historia de la droga o el alcohol o de tratamiento mental de salud de una enfermedad transmisible. (SIDA, Historia de VIH, la Hepatitis, Etc.)

Comprendo expresamente y concuerdo que ninguna responsabilidad legal de cualquier naturaleza conectará al médico que asiste o el empleado a afectar esta autorización.

Comprendo que puedo revocar este consentimiento en tiempo menos a la extension que esa accion ha sido aceptada dependencia en ello y en eso en todo caso este consentimiento se vensa 90 dias de descarga del paciente, a menos que otra fecha sea especificada:  
(Especificación de la fecha o el acontecimiento sobre que este consentimiento se vensa) \_\_\_\_\_

Una fotocopia o el facsimile de esta autorización serán tan afectivas como una original.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

M  F

\_\_\_\_\_  
Ultimos cuatro #del S.S

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
El esposo/a, el Padre o el Guardián Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del Presencie

PROHIBICION EN REDISCLOSER: Esta informacion es revelada a usted de registros cuyo es protegido confidencialmente por la ley federal. La revelacion adicional de esta informacion menos con consentimiento escrito especifico de paciente es prohibido.



6789 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820  
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100  
Dallas TX 75247

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Imprima Nombre)

**Omita algun declaración, que usted no desea autorizar marcando una línea por la declaración con inicial y fecha.**

**Consiento de Tratamiento:** Yo, como el paciente o a favor del paciente, por la presente consiento a y autoriza todo médico, la quiropráctica y tratamiento terapéutico consideraron necesario o aconsejaron en el juicio del médico de turno. Comprendo que ningunas garantías y/o las certezas han sido hechas en cuanto a los resultados que pueden ser obtenidos.

**El Acuerdo Financiero:** Yo por la presente garantizo pago para servicios en **Texas Medical Institute en 6789 CampBowie Blvd;Fort Worth TX y/o 3304 S.W. Loop 820 Fort Worth TX.** Yo comprendo que seré tenido responsable del costo del tribunal, de los gastos judiciales, o de honorarios de agencia que pueden ser contraídos en la colección de la cuenta.

**La tarea de Beneficios:** Yo por la presente autorizo todas compañías de seguros para pagar directamente a **Texas Medical Institute** y cualquier proveedor adicional, cualquier proveedor, cualquier beneficio y los honorarios bajo mi póliza de seguros o políticas. Comprendo que esta orden no alivia cualquiera de mis obligaciones de pagar la cuenta ni ningún equilibrio que no es cubierto ni es pagado por el portador de compañía de seguros que puede ser mi responsabilidad.

**La Liberación de Información Médica:** Yo por la presente consiento y autorizo **Texas Medical Institute** y cualquier proveedor adicional, cualquier proveedor para soltar cualquier información médica con respecto a los servicios rendidos para la determinación de beneficios y/o colección de dijo beneficio de mi portador de seguro de enfermedad.

**Facilidad de Enseñanza:** Comprendo que **Texas Medical Institute** es afiliado con facultades de medicina, cuidando las escuelas, y otros programas académicos y médicos por lo tanto residentes, los internos, y los estudiantes pueden ser implicados con mi cuidado.

**Los Enfermeros/Médico Ayudante:** Comprendo que **Texas Medical Institute** proporciona el cuidado por Médicos, por los Enfermeros, y por Ayudantes de Médico. Los Enfermeros/as y los Ayudantes del Médico no son médicos, pero la función bajo la supervisión de un médico o directamente o a través de protocolos establecidos por el médico.

HE LEIDO LA AUTORIZACION, EL CONSENTIMIENTO, Y ELI ACUERDO Y YO ACEPTO LOS TERMINOS DESCRITOS ARRIBA.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Firma de Paciente o Partido Responsable: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

If you have any questions about this Notice, please contact the HIPAA Coordinator at (817) 731-2102, located at 6789 Camp Bowie Blvd, Fort Worth Texas. This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your Protected Health Information to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your Protected Health Information. Protected Health Information is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

We are required to abide by the terms of this Notice of Privacy Practices. We may change the terms of our notice, at any time. The new notice will be effective for all Protected Health Information that we maintain at that time. Upon your request, we will provide you with any revised Notice of Privacy Practices by calling the office and requesting that a revised copy be sent to you in the mail or asking for one at the time of your next appointment. You can also find a copy of our Notice of Privacy Practices on our web site at: [www.centralcityconcern.org](http://www.centralcityconcern.org).

**I. How We May Use and Disclose Your Protected Health Information (PHI)** We may use and disclose protected health information for the following purposes:

**A. Treatment** We may use PHI about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose this health information about you to doctors, nurses, technicians, office staff or other personnel who are involved in taking care of you and your health. For example, your doctor may be treating you for a broken leg and may need to know if you have other health problems that could complicate your treatment. The doctor may use your medical history to decide what treatment is best for you. The doctor may also tell another doctor about your condition so that doctor can help determine the most appropriate care for you.

Different personnel in our office may share information about you and disclose information to people who do not work in our office in order to coordinate your care, such as telephoning in prescriptions to your pharmacy, scheduling lab work and ordering x-rays. Family members and other health care providers may be part of your medical care outside this office and may require information about you that we have.

**B. For Payment** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive at this office may be billed to you and payment may be collected from you, an insurance company or third party.

For example, we may need to give your health plan information about a service you received here so your health plan will pay us or reimburse you for the service. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval, or to determine whether your plan will pay for the treatment.

**C. For Health Care Operations** We may use and disclose health information about you in order to run the office and make sure that you and our other patients receive quality care. For example, we may use your health information to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also use health information about all or many of our patients to help us decide what additional services we should offer, how we can become more efficient, or whether certain new treatments are effective.

We may also disclose your health information to health plans that provide you insurance coverage and other health care providers that care for you. Our disclosures of your health information to plans and other providers may be for the purpose of helping these plans and providers provide or improve care, reduce cost, coordinate and manage health care and services, train staff and comply with the law.

**D. Appointment Reminders** We may contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at the office.

**E. Treatment Alternatives** We may tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

**F. Health-Related Products and Services** We may tell you about health-related products or services that may be of interest to you. Please notify us if you do not wish to be contacted for appointment reminders, or if you do not wish to receive communications about treatment alternatives or health-related products and services. If you advise us in writing (at the address listed at the top of this notice) that you do not wish to receive such communications, we will not use or disclose your information for these purposes.

**II. Special Situations** We may use or disclose health information about you for the following purposes, subject to all applicable legal requirements and limitations:

**A. To Avert a Serious Threat to Health or Safety** We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

**B. Required by Law** We will disclose health information about you when required to do so by federal, state or local law. We will attempt to notify you about the disclosure unless expressly barred by a court or administrative order.

**C. Research** We may use and disclose health information about you for research projects that are subject to a special approval process. We will ask you for your permission if the researcher will have access to your name, address, or other information that reveals who you are, or will be involved in your care at the office.

**D. Organ and Tissue Donation** If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate such donation and transplantation.

**E. Military, Veterans, National Security and Intelligence** If you are, or were, a member of the armed forces, or part of the national security or intelligence communities, we may be required by military command or other government authorities to release health information about you. We may also release information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

**F. Workers' Compensation** We may release health information about you for workers' compensation of similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

**G. Public Health Risks** We may disclose health information about you for public health reasons in order to prevent or control disease, injury, or disability; or report births, deaths, suspected abuse or neglect, non-accidental physical injuries, reactions to medications or problems with products.

**H. Health Oversight Activities** We may disclose health information to a health oversight agency for audits, investigations, inspections, or licensing purposes. These disclosures may be necessary for certain state and federal agencies to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

**I. Lawsuits and Disputes** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose health information about you in response to a subpoena. Subject to all applicable legal requirements, we may also disclose health information about you in response to a court order, subpoena, warrant, summons or

**J. Law Enforcement** We may release health information if asked to do so by a law enforcement official in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process, subject to all applicable legal requirements.

**K. Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors** We may release health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death.

**L. Information Not Personally Identifiable** We may use or disclose PHI about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are.

**M. Others Involved In Your Healthcare** We will provide you the opportunity to object to such releases but unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person you identify, your protected health information that directly relates to that person's involvement in your health care. If you are unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose such information as necessary if we determine that it is in your best interest based on our professional judgment. We may use or disclose protected health information to notify or assist in notifying a family member, personal representative, or any other person that is responsible for your care, your general condition or your death. Finally, we may use or disclose your protected health information to an authorized public or private entity to assist in disaster relief efforts and to coordinate uses and disclosures to family or other individuals involved in your health care.

**N. Emergencies** We may use or disclose your protected health information in an emergency treatment situation. If this happens, your physician shall try to obtain your consent as soon as reasonably feasible after the delivery of treatment. If your physician or another physician in the practice is required by law to treat you and the physician has attempted to obtain your consent but is unable to obtain your consent, he or she may still use or disclose your protected health information to treat you.

**O. Communication Barriers** We may use and disclose your protected health information if your physician or another physician in the practice attempts to obtain consent from you but is unable to do so due to substantial communication barriers and the physician determines, using professional judgment, that you intend to consent to use or disclosure under the circumstances.

**III. Other Uses and Disclosures of Health Information** We will not use or disclose your health information for any purpose other than those identified in the previous sections without your specific, written Authorization. If you give us Authorization to use or disclose health information about you, you may revoke that Authorization, in writing, at any time. If you revoke your Authorization, we will no longer use or disclose information about you for the reasons covered by your written

Authorization, but we cannot take back any uses or disclosures already made with your permission.

In some instances, we may need specific, written, authorization from you in order to disclose certain types of specially-protected information such as HIV, substance abuse, mental health, and genetic testing information for most of the areas where we may disclose your information referenced above. If we obtain your authorization,

your information may not continue to be covered by the protections outlined in federal and state law, except for information about alcohol and chemical dependency diagnosis or treatment. In the case of alcohol and chemical dependency diagnosis and treatment, any party we disclose information to about such diagnosis and treatment is required to obtain your authorization before re-disclosing such information.

**IV. Your Rights Regarding Health Information About You** You have the following rights regarding health information we maintain about you:

**A. Right to Inspect and Copy** You have the right to inspect and copy your health information, such as medical and billing records, that we keep and use to make decisions about your care. You must submit a written request to the Medical Records Department or the Privacy Officer in order to inspect and/or copy records of your health information. The appropriate form for this request is available from the Medical Records Department or the Privacy Officer. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other associated supplies which we will communicate to you prior to making a copy of your health information. You may also request a summary of the information contained in your health record. If you request a summary, we may also charge a fee which will be communicated to you before we create the summary.

We may deny your request to inspect and/or copy records in certain limited circumstances. If you are denied copies of, or access to, health information that we keep about you, you may ask that our denial be reviewed. If the law gives you a right to have our denial reviewed, we will select a licensed health care professional to review your request and our denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request, and we will comply with the outcome of the review.

**B. Right to Amend** If you believe health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment as long as the information is kept by this office.

To request an amendment, complete and submit a Medical Record Amendment and/or Correction Form to the Privacy Officer. We may deny your request for an amendment if your request is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny or partially deny your request if you ask us to amend information that:

1. We did not create, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment. 2. Is not part of the health information that we keep 3. You would not be permitted to inspect and copy

4. Is accurate and complete. If we deny completely or in part your request for amendment, you have the right to submit a rebuttal that will be placed in your record. We also have the right to formally respond to your rebuttal and place a copy in your file. You also have the right to request any information about your request for amendment, including your rebuttal, be included with any request by someone outside Central City Concern. We must honor that request.

**C. Right to an Accounting of Disclosures** You have the right to request an "accounting of disclosures". This is a list of the disclosures we made of medical information about you for purposes other than treatment, payment, health care operations, disclosures you have specifically authorized, and a limited number of special circumstances involving national security, correctional institutions and law enforcement. To obtain this list, you must submit your request in writing to the Privacy Officer. It must state a time period, which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper, electronically). The first list you request within a 12 month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

**D. Right to Request Restrictions** You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for it, like a family member, friend or other provider. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment or we are required by law to use or disclose the information.

To request restrictions, you may complete and submit the Request For Restriction On Use/Disclosure of Medical Information to the Medical Records Department or the Privacy Officer. You may revoke any granted requests for restriction at any time. If a request for restriction is granted, it only applies to information provided following receipt and approval of your request.

**E. Right to Request Confidential Communications** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. To request confidential communications, you may complete and submit the Request For Restriction On Use/Disclosure of Medical Information and/or Confidential Communication to the Privacy Officer. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

**F. Right to a Paper Copy of This Notice** You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive it electronically, you are still entitled to a paper copy.

To obtain such a copy, contact the Privacy Officer.

**V. Changes to This Notice** We reserve the right to change this notice, and to make the revised or changed notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. If the changes are significant, we will notify you at your next scheduled appointment. The current notice will be made available in the office and on the Central City Concern website with its effective date. You are entitled to a copy of the notice currently in effect.

**VI. Complaints** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our office, contact the HIPAA Coordinator at (817) 731-2102. You will not be penalized for filing a complaint. To file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services, send your complaint to: Office for Civil Rights Region X, U.S. Department of Health & Human Services, 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11, Seattle, WA 98121, (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD) (206) 615-2297 FAX

TEXAS MEDICAL INSTITUTE  
6789 CAMP BOWIE BLVD  
FORT WORTH TEXAS 76116

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Signature below is only acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices:

Print Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

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





# Texas Department Of Insurance

Division of Workers' Compensation  
 Records Processing  
 7551 Metro Center Dr. Ste.100 • MS-94  
 Austin, TX 78744-1609  
 (800) 252-7031 (512) 804-4378 fax [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)

DWC Claim#

Carrier Claim#

← Envíe el formulario completo a esta dirección.

## Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional (Formulario DWC-041)

El reclamo de compensación para trabajadores debe ser sometido por el empleado lesionado o por la persona actuando en nombre del empleado lesionado dentro de un año a partir de la fecha en que sucedió la lesión o dentro de un año a partir de la fecha en que el empleado lesionado supo o debió haber sabido que la enfermedad estaba relacionada con el trabajo.

### I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes / día / año)
Dirección (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal, condado, país)			
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Raza / Origen Étnico <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico			
¿Habla usted Inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, especifique el idioma			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)			
¿Cuenta usted con un abogado u otro tipo de representación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, proporcione el nombre de su representante			
¿Ha regresado usted a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si usted ya regresó a trabajar, dé la fecha en que regresó a su trabajo (mes/día/año)	
Su ocupación al momento de la lesión		Estado de Trabajo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado	
¿Fue usted contratado en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Salarios antes de los impuestos \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	
Fecha en que fue contratado (mes/ día/ año)			

### II. INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN

Estoy reportando una <input type="checkbox"/> lesión o <input type="checkbox"/> una enfermedad ocupacional		Fecha de la lesión (mes/día/año)
Hora en que sucedió la lesión		Primer día que no trabajó por causa de la lesión (mes/día/año)
Fecha en que la lesión fue reportada al empleador (mes/día/año)		
¿Dónde ocurrió la lesión? Condado Estado País		
Si el accidente ocurrió fuera de Texas, ¿en qué fecha salió usted de Texas? (mes/día/año)		
Testigo(s) de la lesión (enliste los nombres)		
Describa la causa de la lesión o enfermedad ocupacional, incluyendo como es que está relacionada con el trabajo.		
Parte(s) del cuerpo afectada(s) por la lesión		
Si la lesión es el resultado de una enfermedad ocupacional: 1. ¿En qué fecha fue la última vez que el empleado estuvo expuesto a la causa de la enfermedad ocupacional? (mes / día / año) 2. ¿Cuándo fue que usted se dio cuenta que la enfermedad ocupacional estaba relacionada con su trabajo? (mes / día / año)		

### III. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (al momento de la lesión)

Nombre del Empleador	Dirección del Empleador (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal, condado, país)
Número de Teléfono del Empleador	Nombre del Supervisor

### IV. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO

Nombre del Médico Tratante	Número de Teléfono
Dirección (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal)	
Nombre de la Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores, si es que la hay	

Firma del empleado lesionado o de la persona que está completando este formulario en nombre del empleado lesionado

Fecha

Nombre en letra de molde del empleado lesionado o de la persona que está completando este formulario

