



Estimado paciente,

A nombre de los médicos, profesionales de la salud asociados, enfermeras y otros empleados de USMD Physician Services, quiero darle la bienvenida a nuestra organización y agradecerle por haber elegido a un médico de USMD para que cuide de usted y/o de sus seres queridos.

En USMD, nuestros médicos siempre ponen las necesidades de sus pacientes primero. Estamos comprometidos a brindarles a usted y a su familia un cuidado de la más alta calidad y un servicio al cliente excepcional. Nuestros médicos están certificados por sus respectivas especialidades y están comprometidos a promover la buena salud y a guiar a los pacientes hacia un estilo de vida saludable.

Con cerca de 70 sucursales y más de 250 médicos y profesionales de la salud asociados en casi 20 diferentes especialidades, USMD ofrece ubicaciones convenientes por toda el área metropolitana de Dallas-Fort Worth para poder cuidar a todos los miembros de su familia en cada una de las etapas de sus vidas.

Uno de los servicios únicos que ofrece USMD es NextMD para pacientes de MCNT y Follow My Health para pacientes de UANT. A través de NextMD y Follow My Health, los pacientes mantienen comunicación con el consultorio de su médico por medio de un portal web protegido. NextMD y Follow My Health también les brindan a los pacientes la habilidad de acceder y revisar, los resultados de las pruebas de laboratorio y de concertar una cita y solicitar rellenos de recetas. Por favor hable con un miembro del personal en caso de que tenga cualquier duda o desee obtener más información.

Para mayor información acerca de USMD, favor de visitar nuestro sitio web en www.usmd.com.

Nuevamente, gracias por elegir a USMD para cubrir sus necesidades de cuidado de la salud.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Richard C. Johnston MD, FACP". The signature is fluid and cursive.

Richard C. Johnston MD, FACP
Director Ejecutivo y Director Médico
USMD Health System



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Email: _____

Contacto principal #: _____ Alterno #: _____ Trabajo #: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino SS# (opcional): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Ocupación: _____

Paciente referido por: _____ Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: ____/____/____ Contacto principal #: _____ Alterno #: _____

Contacto de emergencia _____ Relación: _____ Tel. #: _____

Médico de atención primaria: _____ Tel. #: _____

Medico que lo refirió: _____ Tel. #: _____

Otra información del paciente

¿Con cuál categoría racial se identifica el paciente?

- Africano Americano Asiático Caucáseo Hispano
 Americano Nativo Hawaiano Nativo Islas del Pacifico Otro: _____ (Por favor especifique)

Raza: ¿Cual es la raza del paciente? Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Cuál es el idioma preferido del paciente? Inglés Español Otro: _____ (Por favor especifique)

Información del seguro

Seguro primario: _____ Póliza/ID# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Féc. Nac.: ____/____/____ Grupo/Cuenta #: _____

Empleador: _____ Dirección de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Trabajo #: _____

Seguro secundario: _____ Póliza/ID# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Féc. Nac.: ____/____/____ Grupo/Cuenta #: _____

Empleador: _____ Dirección de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Trabajo #: _____

Completar – Solamente si el paciente es un menor

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

Hermanos: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Otros hermanos: _____ Fecha Nac.: ____/____/____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

Cesión de beneficios. Autorizo a USMD Physician Services, ("USMD") para que presente reclamos en mi nombre directamente a Medicare/Medicaid/mi corredor privado de seguro de salud. Esto significa que USMD cobrará cualquier pago que se haga por provisiones y servicios. Entiendo que soy financieramente responsable ante los proveedores por los cargos no pagados o adeudados. Le autorizo a revelar cualquier información necesaria a los corredores de seguro en conexión con enfermedades y tratamientos para procesar los reclamos. Esta cesión permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí, por escrito.

Iniciales del Paciente: _____

Consentimiento para recibir tratamiento. Entiendo que USMD utiliza tecnología de prescripción electrónica y participa con SureScripts. SureScripts opera Pharmacy Health Information Exchange, que facilita la transmisión electrónica de información sobre prescripciones entre proveedores y farmacias. SureScripts también brinda datos de prescripciones sobre cualquier medicamento, historial médico conocido, que hayan sido prescritos a mi persona/al paciente.

Iniciales del Paciente: _____

Llamadas telefónicas. Al proporcionar la información de contacto, autorizo a USMD, a sus cesionarios, y a agentes recolectores que sean terceras partes, a utilizar la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y a hacer llamadas a mi hogar/número de celular/dispositivos de llamadas automáticas, en relación a cualquier comunicación con mi persona.

Iniciales del Paciente: _____

Participación de otros en mi cuidado. Autorizo a USMD a discutir mis cuidados en calidad de paciente y necesidades médicas con las siguientes personas:

Nombre	Fecha de nacimiento (para identificación)	Relación	Teléfono

NO deseo agregar un contacto adicional para discutir mis necesidades o las del paciente.

Iniciales del Paciente: _____

¿Podemos contactarle por teléfono y dejar un mensaje?

Teléfono Principal: _____ Teléfono Alternativo: _____

Dejar mensaje únicamente con número de contacto.

Dejar mensaje únicamente con número de contacto.

Dejar mensaje con información detallada.

Dejar mensaje con información detallada.

No dejar mensaje.

No dejar mensaje.

Política Financiera del Paciente

Yo reconozco que he recibido la "Política Financiera del Paciente."

Iniciales del Paciente: _____

Aviso de Practicas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido la "Política Financiera del Paciente."

Iniciales del Paciente: _____

Fotografía de Pacientes Menores (cuando corresponda)

Yo doy mi consentimiento a USMD para fotografiar al paciente menor con motivo de identificación solamente.

Iniciales del Paciente: _____

Fecha

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre en letra de molde del paciente o Representante Personal

Relación con el Paciente

POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

Por favor leer antes de recibir servicios.

USMD Physician Services ("USMD") reconoce la necesidad de un entendimiento claro entre el paciente y el proveedor de cuidados de la salud, con respecto a la información protegida de la salud y sobre los arreglos financieros para el pago por los servicios de salud. La información a continuación se proporciona para evitar cualquier mal entendimiento con respecto a la información protegida de la salud y el pago por los servicios profesionales.

- **PAGO: El pago debe realizarse al momento del servicio.** En caso de que su deducible no haya sido cubierto, o si usted es responsable por el pago de un porcentaje del mismo, nosotros esperamos recibir el pago cuando se brindan los servicios. **Aún cuando se presentará una reclamación a su compañía de seguros, usted es responsable por cualquier saldo pendiente después de que la compañía aseguradora haya procesado su reclamación.** Todos los costos por tratamientos brindados se vencen y deberán pagarse sesenta (60) días después de la fecha en la que se brindó el servicio. Estos periodos permiten el tiempo suficiente para procesar la reclamación con la aseguradora y liquidar por completo cualquier saldo pendiente por pagar. Se aplicará un recargo adicional de \$25.00 dólares por cheques sin fondos. En caso de que el saldo pendiente no haya sido liquidado después de 60 días, USMD iniciará varios procesos de recolección, incluyendo más no de manera limitativa, el presentar la cuenta morosa a una agencia de cobranzas.
- **AUTO-LIQUIDACIÓN (PAGO INDIVIDUAL, EN EFECTIVO):** En caso de que usted no cuente con cobertura de seguro médico, le pedimos que coordine su cuidado de la salud con nuestro departamento financiero antes de su cirugía. En dichos casos, requerimos de un pago por adelantado por concepto de los servicios profesionales.
- **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS: Todos los copagos en planes de servicios médicos administrados (HMO, PPO, etc.) deberán pagarse al momento que se le brinde el servicio.** Si su plan de seguro médico requiere de una autorización previa de un médico de atención primaria, favor de presentarla al momento de su visita inicial. Si usted solicita una consulta o una cirugía sin la autorización previa del médico de atención primaria correspondiente, su plan de seguros médicos podría considerarlo como un **tratamiento "fuera de red" o "no cubierto"**, y usted sería responsable por un porcentaje mayor o por el monto entero de los cargos. El paciente reconoce que es su responsabilidad el tener en cuenta cuáles son los servicios que cubre su seguro, y se compromete a pagar por cualquier servicio que su plan de seguro médico determine como no-cubierto o no-autorizado.
- **MEDICARE:** Los proveedores de USMD, son proveedores que participan en el programa de Medicare y aceptan como pago, el permisible por Medicare, el deducible del paciente y/0 un coseguro del 20%. Si usted cuenta con cobertura de seguro complementario (Medigap) para cubrir la porción de los cargos por los cuales Medicare no se hace responsable, por favor preséntenos una copia de su tarjeta de seguro médico y cualquier formulario que su compañía de seguros podría requerir. Medicare o algunas aseguradoras secundarias no cubren ciertos procedimientos o materiales. Por favor asegúrese de saber cuáles son los aspectos de su tratamiento que si estarían cubiertos antes de proceder. En estos raros casos se le podría requerir que firme un formulario de exención, donde usted declara que entiende que será responsable por estos cargos.
- **PACIENTES DE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:** Nosotros si aceptamos a pacientes de accidentes automovilísticos. Sin embargo, no podemos dar seguimiento a cuentas de largo-plazo y requerimos que se realice el pago como si fueran pacientes de pago auto-liquidado. No aceptaremos una carta de protección por parte de un abogado como garantía de pago, ni tampoco pagos de seguro por terceros.

POLÍTICA FINANCIERA

- **HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS:** La responsabilidad por el pago del tratamiento médico proporcionado a un menor, cuyos padres estén divorciados, corresponde al que haya solicitado el tratamiento. Cualquier resolución jurídica con respecto a la responsabilidad deberá determinarse entre las partes involucradas, sin incluir a USMD.
- **SEGURO COMPLEMENTARIO:** El Departamento de Seguros de Texas requiere que el paciente le proporcione cobertura de seguro médico complementaria al proveedor cuando corresponda. El paciente se compromete a proporcionar dicha información como se indica a continuación. El paciente también se compromete a informar al proveedor de inmediato en caso de que en el futuro ocurriera cualquier adición, cambio o eliminación en su cobertura de seguro médico principal o complementario.
- Si usted tiene cobertura de **Medicaid** de cualquier tipo, debe informarnos al respecto antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid, y el **no informarnos** acerca de la cobertura de Medicaid resultará en que usted será completamente responsable por el pago de los servicios brindados.
- Antes de recibir los servicios, usted debe verificar que nosotros seamos proveedores participantes con su compañía de seguros. También es necesario que nuestro médico de atención primaria también esté registrado como su proveedor médico de atención primaria con su compañía de seguros, en caso de que su contrato con la compañía de seguros así lo requiera. En caso de que no seamos proveedores participantes con su compañía de seguros o de que nuestro médico de atención primaria no esté registrado como su proveedor médico de atención primaria con su compañía de seguros, nosotros presentaremos la reclamación inicial con su compañía de seguros como una cortesía. Sin embargo, el pago deberá ser pagado en su totalidad al momento que se brinden los servicios.
- Nosotros enviaremos una factura (al domicilio para facturación que usted nos proporcione) informándole de cualquier saldo que aún quede pendiente de pago. En caso de que usted tenga cualquier duda o que dispute la validez de este saldo, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios dentro de un periodo máximo de 30 días a partir de haber recibido la factura inicial. Usted puede llamar al **(817) 514-5200**.
- Podremos aplicar un recargo por "inasistencia" en caso de que usted no se presente a su cita programada sin antes haber cancelado o reprogramado la cita con al menos 24 horas de anticipación.
- **La falta de mantener el saldo de su cuenta al corriente podría requerir que cancelemos o re-programemos su cita.**

USMD cree firmemente que una buena relación entre el paciente y su médico se basa en el entendimiento y la comunicación abierta. Esperamos que las políticas detalladas anteriormente nos permitan brindar un servicio de la más alta calidad a nuestros pacientes. En caso de que tuviera cualquier duda o requiera alguna explicación con respecto a estas políticas, favor de comunicarse con nosotros al (817) 514-5200.

FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE (PEDIATRÍA)

Nombre del paciente (Primer, Segundo, Apellido): _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ M F

Médico de cuidado primario: _____

Motivo de la visita: _____

CIRUGÍAS PASADAS (Incluya todas las cirugías que haya tenido) o marque NINGUNA

Tipo de Cirugía	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad si es conocido

Farmacia: _____ Teléfono: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya con receta, sin receta y medicamento herbales) o marque NINGUNO

Nombre del Medicamento	Dosis (mg)	¿Con que frecuencia toma el medicamento?	Motivo por el cual toma el medicamento	Medico que lo recetó

Historia Médica (Si, No, Familia)

	S	N	F		S	N	F
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD o ADHD *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina Bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad

Historia Social

¿Es el paciente adoptado? Si No ¿Hijo acogido? Si No

Usa alcohol: No Si Si, ¿qué cantidad? _____

Usa cafeína: No Si Si, ¿qué cantidad? _____

Usa tabaco: No Si Si, ¿qué cantidad? _____

FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE (PEDIATRÍA)

Síntomas generales

Fiebre Sí No
 Escalofríos Sí No
 Dolor de cabeza Sí No
 Peso actual _____

Ojos

Visión borrosa Sí No
 Visión doble Sí No
 Dolor Sí No

Alergias/Inmunología

Fiebre del heno Sí No
 Alergia a medicamentos Sí No
 * Nombre del medicamento _____
 Inmunizaciones al corriente Sí No

Neurológico

Mareos Sí No
 Convulsiones Sí No

Endocrino

Sed excesiva Sí No
 Muy caliente / frío Sí No
 Cansado / lento Sí No

Gastrointestinal

Dolor abdominal Sí No
 Náusea / Vómito Sí No
 Diarrea Sí No
 Estreñimiento Sí No

Integumentario

Erupciones en la piel Sí No
 Forúnculos Sí No
 Comezón persistente Sí No

Musculoesquelético

Dolor en las articulaciones Sí No
 Dolor en el cuello Sí No
 Dolor de espalda Sí No
 Altura actual _____

Oído/Nariz/Garganta/Boca

Infección de oído Sí No
 Dolor de garganta Sí No
 Problemas de audición Sí No

Respiratorio

Sibilancia Sí No
 Tos frecuente Sí No
 Falta de aliento Sí No

Hematológico / Linfático

Glándulas inflamadas Sí No
 Problemas de coagulación
 de la sangre Sí No

Genitourinario

Frecuencia urinaria Sí No
 # veces que orina por la noche _____
 # veces que orina por el día _____
 Dolor al orinar Sí No
 Urgencia de orinar Sí No
 Sangre en la orina Sí No
 Esfuerzo para orinar Sí No
 Chorro de orina débil Sí No
 ¿Gotea orina? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Formulario completado por: _____ Firma: _____
(Pariente o Tutor) (Pariente o Tutor)

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Edad: _____
Primer Nombre Apellido Inicial 2^{do}. nombre

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a
 (Nombre del Paciente o Representante Legal)

 (Nombre de la persona o entidad que recibirá la información)

 (Dirección de la persona o entidad que recibirá la información)

a divulgar la siguiente información por correo, fax u oralmente a:
Medical Clinic of North Texas (una filial de los servicios afiliados de USMD)

Dirección: _____ **La información es para:**
 _____ Dr. _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Para fines de: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Estados de cargos o pagos | <input type="checkbox"/> Registros del abuso de sustancias Iniciales _____ |
| <input type="checkbox"/> Información acerca del VIH / SIDA Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Información genética (incluir resultados de pruebas genéticas) Iniciales _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial y Exploración Física | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta |
| <input type="checkbox"/> Copias de Registros de Informes proporcionados a la parte mencionada arriba (es decir: Hospital, Laboratorio, Clínica, etc.) | <input type="checkbox"/> Informes de Consultas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la salud mental y/o abuso de alcohol y drogas Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Información de Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Registros de visita para una fecha(s) en particular. Fechas específicas incluyen más no de forma limitativa: | <input type="checkbox"/> Fotografías, videos, digital, u otras imágenes |

Otro (debe especificar): _____

Esta autorización se otorga libremente con el entendimiento que:

- Cualquier registro, ya sea escrito, oral o en formato electrónico es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización previa por escrito, excepto en las circunstancias que estipule la Ley.
- Una fotocopia o fax de la presente autorización tiene la misma validez que este documento original.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto cuando la información ya haya sido divulgada.
- MCNT, una empresa filial de USMD Affiliated Services, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por recibir la información indicada anteriormente según ha sido indicada y autorizada aquí.
- La información utilizada o divulgada bajo el marco de esta autorización podría estar sujeta a re-divulgación por parte del destinatario, y podría ya no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
- El tratamiento, pago, registro, o elegibilidad para obtener beneficios no puede estar condicionado con la obtención de esta autorización.

 Firma del paciente o Representante Personal

 Fecha

 Relación con el paciente

 Fecha de Expiración de esta Autorización
A menos que se indique algo diferente, esta autorización vence 1 año después de la fecha de su firma.

 Firma del Testigo

 Fecha

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de cuidados reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias y/o alcohol, y de tratamiento para la salud mental (ver, por ejemplo, Código de la Familia (ver, por ejemplo, el Código Familiar de Texas §32.003

 Firma del Individuo Menor

 Fecha

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 OUR PRIVACY OFFICER AT 214.493.4000.

This Notice of Privacy Practices describes how Medical Clinic of North Texas PLLC, d/b/a USMD Physician Services, ("USMD") may use and disclose your protected health information ("PHI") to carry out your treatment, payment for your health care, 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 PHI. PHI is information about you that may identify you and that relates to your past, present, or future physical or mental health or condition and related to health care services. We are required to maintain the privacy of PHI and 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 PHI that we maintain at that time. Upon your request, we will provide you with any revised Notice of Privacy Practices via our website, www.USMD.com, or by calling your USMD physician office and requesting that a copy be sent to you in the mail or asking for one at the time of your next appointment. A copy will also be posted in the office.

1. Uses and Disclosures of PHI

Your PHI may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you. Your PHI may also be used and disclosed to pay your health care bills and to support the operation of USMD. Following are some examples of the types of uses and disclosures of your PHI that USMD is permitted to make.

TREATMENT: We will use and disclose your PHI to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party that has already obtained your permission to have access to your PHI. For example, we would disclose your PHI, as necessary, to a home health agency that provides care to you. We will also disclose PHI to physicians who may be treating you or who become involved in your care.

PAYMENT: Your PHI will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the health care services we recommend for you such as: making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits, reviewing services provided to

you for medical necessity, and undertaking utilization review activities. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant PHI be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

HEALTHCARE OPERATIONS: We may use or disclose, as-needed, your PHI in order to support the professional and business activities of USMD. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of medical and nursing students, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your PHI to medical and nursing school students that see patients at USMD. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and provide other requested information. We may also call you by name in the waiting room when you are ready to be seen. We may use or disclose your PHI, as necessary, to contact you to remind you of your appointment. We will share your PHI with a Business Associate or Business Associate sub-contractor, or any affiliate of USMD with whom we share information; to perform various activities (e.g., billing, transcription services, telephone answering services, etc.) for USMD. We may use or disclose your PHI, as necessary, to provide you with appointment reminders, information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Uses and Disclosures of PHI Based upon Your Written Authorization.

Other uses and disclosures of your PHI will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or USMD has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures That May Be Made With Your Authorization or Opportunity to Object.

You have the opportunity to agree or object to the use or disclosure of all or part of your PHI. If you are not present or able to agree or object to the use or disclosure of the PHI, then your physician or USMD may, using professional judgment, determine whether the disclosure is in your best interest. In this case, only the PHI that is relevant to your health care will be disclosed.

Unless you object, USMD may decide to provide a copy of your PHI to your treating physician, departing USMD, for the purpose of continuity of care.

OTHERS INVOLVED IN YOUR HEALTHCARE:

Unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person you identify, your PHI 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 PHI to notify or assist in notifying a family member, personal representative or any other person that is responsible for your care, of your location, general condition or death. We may use or disclose your PHI 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.

EMERGENCIES: We may use or disclose your PHI in an emergency treatment situation.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures That May Be Made Without Your Authorization or Opportunity to Object.

We may use or disclose your PHI in the following situations without your authorization. These situations include:

REQUIRED BY LAW: We may use or disclose your PHI to the extent that the use or disclosure is required by law. The use or disclosure will be made in compliance with the law and will be limited to the relevant requirements of the law. You may be notified, as required by law, of any such uses or disclosures.

BREACH NOTIFICATION: We will notify affected individuals of a breach of unsecured PHI.

PUBLIC HEALTH: We may disclose your PHI for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information. The disclosure will be made for the purpose of controlling disease, injury or disability. We may also disclose your PHI, if directed by the public health authority, to a foreign government agency that is collaborating with the public health authority.

COMMUNICABLE DISEASES: We may disclose your PHI, if authorized by law, to a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading the disease or condition.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION: We may disclose your PHI to a person or company required by the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects or problems, biologic product deviations, track products; to enable product recalls; to make repairs or replacements, or to conduct post marketing surveillance, as required.

RESEARCH: If you choose to participate in medical or scientific research, we may disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your PHI.

HEALTH OVERSIGHT: We may disclose PHI to a health oversight agency for activities authorized by law, such as audits, investigations, and inspections. Oversight agencies seeking this information include government agencies that oversee the health care system, government benefit programs, other government regulatory programs and civil rights laws.

ABUSE OR NEGLECT: We may disclose your PHI to a public health authority that is authorized by law to receive reports of abuse or neglect. We may disclose your PHI if we believe that you have been a victim of abuse, neglect or domestic violence to the governmental entity or agency authorized to receive such information. In this case, the disclosure will be made consistent with the requirements of applicable federal and state laws.

LEGAL PROCEEDINGS: We may disclose PHI in the course of any judicial or administrative proceeding, in response to an order of a court or administrative tribunal (to the extent such disclosure is expressly authorized), in certain conditions in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.

LAW ENFORCEMENT: We may also disclose PHI, so long as applicable legal requirements are met, for law enforcement purposes. These law enforcement purposes include (1) legal processes and otherwise required by law, (2) limited information requests for identification and location purposes, (3) pertaining to victims of a crime, (4) suspicion that death has occurred as a result of criminal conduct, (5) in the event that a crime occurs on the premises of USMD, and (6) medical emergency (not on USMD premises) and it is likely that a crime has occurred.

CORONERS, FUNERAL DIRECTORS, AND ORGAN DONATION: We may disclose PHI to a coroner or medical examiner for identification purposes, determining cause of death or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law. We may also disclose PHI to a funeral director, as authorized by law, in order to permit the funeral director to carry out their duties. We may disclose such information in reasonable anticipation of death. PHI may be used and disclosed for cadaveric organ, eye or tissue donation purposes.

CRIMINAL ACTIVITY: Consistent with applicable federal and state laws, we may disclose your PHI, if we believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public. We may also disclose PHI if it is necessary for law enforcement authorities to identify or apprehend an individual.

WORKERS' COMPENSATION: Your PHI may be disclosed by us as authorized to comply with workers' compensation laws and other similar legally-established programs.

MILITARY ACTIVITY AND NATIONAL SECURITY: When the appropriate conditions apply, we may use or disclose PHI of individuals who are Armed Forces personnel (1) for activities deemed necessary by appropriate military command authorities; (2) for the purpose of a determination by the Department of Veterans Affairs of your eligibility for benefits, or (3) to foreign military authority if you are a member of that foreign military service. We may also disclose your PHI to authorized federal officials for conducting national security and intelligence activities, including for the provision of protective services to the President or others legally authorized.

INMATES: We may use or disclose your PHI if you are an inmate of a correctional facility and your physician created or received your PHI in the course of providing care to you.

REQUIRED USES AND DISCLOSURES: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 164.500 et. seq.

SPECIAL CIRCUMSTANCES: Alcohol and drug abuse and certain infectious disease information have special privacy protections. USMD will not disclose any information identifying an individual as being a patient or provide any health information relating to the patient's substance abuse or certain infectious disease treatment unless the patient authorizes in writing; to carry out treatment, payment, and operations; or, as required by law.

FUNDRAISING/MARKETING: USMD will not use your PHI for fundraising or marketing purposes or sell your PHI without your written permission.

2. Your Rights

The following uses and disclosures will only be made with your written authorization: (i) most uses and disclosures of psychotherapy notes; (ii) Other than face-to-face conversations about services and treatment alternatives we will not use your protected information for third party marketing purposes without your authorization; (iii) disclosures that constitute a sale of PHI; (iv) other uses and disclosures not described in the Notice of Privacy Practices.

Right to Access and Notice of Electronic Health Records under Texas Law. You are hereby notified that USMD maintains an electronic health record system for your records. You may submit a written request to USMD for a copy of your electronic health records which will be provided to you electronically within 15 days unless you agree to accept your records in another form. Under limited circumstances, your request may be denied.

You have the right to inspect and copy your PHI. This means you may inspect and obtain a copy of your health record, as provided by law. The request must be made in writing.

You have the right to request a restriction of your PHI. You have the right to restrict disclosure of PHI to a health plan where you paid out-of-pocket, in full, for the care or service provided. You may ask us not to use or disclose any part of your PHI for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your PHI not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. We are not required to agree to a restriction that you may request.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate reasonable requests. We may also condition this accommodation by asking you for information as to how payment will be handled or specification of an alternative address or other method of contact. We will not request an explanation from you as to the basis for the request.

You may have the right to have your physician amend your PHI. This means you may request, in writing, an amendment of your health record as provided by law, for the purpose of correcting an error or misinformation. You will be notified if the request cannot be granted.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your PHI, as provided by law. This request, made in writing, excludes disclosures we may have made to you or others involved in your care, or for notification purposes to legal or regulatory agencies. You have the right to receive specific information regarding these disclosures that occurred after April 14, 2003.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice electronically.

3. Questions or Complaints

If you have a question or complaint about your privacy rights, please contact the USMD Privacy Officer via phone at **214.493.4000** or via mail at 6333 North State Highway 161, Suite 200, Irving, TX 75038. Should the Privacy Officer be unable to resolve your complaint to your satisfaction, you may file a complaint with the U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; calling 1.877.696.6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. We will not retaliate against you for filing a complaint.

This notice became effective on February 19, 2016.