



Su Vida, Nuestra Especialidad

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE _____ APELLIDOS _____
DIRECCION _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CODIGO POSTAL _____
DIRECCION ELECTRONICA (email) _____
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ No. DE TELEFONO CELULAR () _____
SEXO _____ RAZA _____ No. DE TELEFONO DE LA CASA () _____
CASADA ____ SOLTERO ____ VIUDO ____ DIVORCIADO No. DE TELEFONO DEL TRABAJO () _____
EMPLEADO ____ JUBILADO ____ ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO DOCTOR QUE HACE EL REFERIDO _____
EMPLEADOR/TRABAJO _____ MEDICO PRIMARIO _____
DIRECCION DEL TRABAJO _____ No. DE TELEFONO () _____

DIRECCION PERMANENTE

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ No. DE TELEFONO DE LA CASA () _____
PARENTESCO _____ No. DE TELEFONO TRABAJO () _____

ES EL PACIENTE RESPONSABLE FINANCIERAMENTE? SI NO SI LA RESPUESTA ES NO, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCION

PARENTESCO _____ SEXO _____ No. DE TELEFONO A LLAMAR DURANTE LAS HORAS DEL DIA
NOMBRE _____ APELLIDOS _____ () _____
DIRECCION _____ EMPLEADOR/TRABAJO _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CODIGO POSTAL _____ DIRECCION _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CODIGO POSTAL _____

ES LA RAZON DE SU VISITA EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? SI NO

SI LA RESPUESTA ES SI, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCION

NOTA: NO TODAS LAS OFICINAS DE FLORIDA MEDICAL CLINIC (FMC) ACEPTAN PACIENTES DE ACCIDENTES DE AUTOMOVIL O DE COMPENSACION A TRABAJADORES.

POR FAVOR MARQUE EL TIPO DE ACCIDENTE: COMPENSACION A TRABAJADORES DE AUTOMOVIL OTRO

FECHA DEL ACCIDENTE ____/____/____ Lugar del accidente _____ Como sucedio el accidente? _____

No. DE RECLAMACION _____ REPRESENTANTE DE RECLAMACION/AJUSTADOR _____

SI ES UN ACCIDENTE DE COMPENSACION A TRABAJADORES, COMPLETE ESTA SECCION

NOMBRE DEL EMPLEADOR/TRABAJO _____ No. DE TELEFONO DEL EMPLEADOR/TRABAJO() _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

INFORMACION DEL SEGURO

POR FAVOR MUESTRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DEL SEGURO A LA RECEPCIONISTA

COMPANIA DE SEGURO _____ FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ PARENTESCO _____

No. DE IDENTIFICACION _____ No. DE GRUPO _____ TELEFONO () _____

INFORMACION DEL SEGUNDO SEGURO

COMPANIA DE SEGURO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ PARENTESCO _____

No. DE IDENTIFICACION _____ No. DE GRUPO _____ TELEFONO () _____

FIRMA _____ FECHA _____



Consentimiento Para los Propósitos de Tratamiento, Pago y Gestiones de Cuidados de la Salud

Autorizo a Florida Medical Clinic, P.A. a utilizar y revelar mi información protegida de salud para el propósito de mi diagnóstico o tratamiento, para obtener pagos de mis facturas de cuidados de la salud o para llevar a cabo cuidados de la salud por Florida Medical Clinic, P.A. Comprendo que el diagnóstico o tratamiento realizado a mi persona por Florida Medical Clinic, P.A. puede estar condicionado a mi consentimiento como lo evidencia mi firma en este documento.

Mi "información de salud protegida" significa información de salud, incluyendo mi información demográfica, provista por mí y creada o recibida por mi médico, otro profesional de cuidados de la salud, un plan de salud, mi empleador o un centro de intercambio de información o cámara de compensación. Esta información protegida de salud consta de mis datos de salud y condición física y mental pasada, presente o futura y me identifica o existe una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Comprendo que tengo el derecho de revisar la *Información de Prácticas de Privacidad* de Florida Medical Clinic P.A. antes de firmar este documento. Me han entregado el documento sobre *Información de Prácticas de Privacidad* de Florida Medical Clinic, P.A. La *Información de Prácticas de Privacidad* describe los tipos de usos y de divulgación de mi información protegida de salud que habrá en mi tratamiento, pagos de mis cuentas o en la ejecución de los cuidados de la salud por parte de Florida Medical Clinic P.A. La *Información de Prácticas de Privacidad* para Florida Medical Clinic, P.A. también se provee en 38135 Marquet Square, Zephyrhills, FL. 33542. Esta *Información de Prácticas de Privacidad* también describe mis derechos y los deberes de Florida Medical Clinic, P.A. con respecto a mi información protegida de salud. Florida Medical Clinic, P.A. se reserva el derecho de cambiar las prácticas privadas que se describen en la *Información de Prácticas de Privacidad*.

Autorización de por Vida: Firmando este documento autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra información sobre mi persona a revelarla a la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration) y a la Administración Financiera de Cuidados de Salud (Health Care Financing Administration) o sus intermediarios o portadores, o al agente de facturación o sus médicos y proveedores, cualquier información necesaria para esto o una reclamación relacionada con Medicare. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original, y solicito el pago de beneficios del seguro médico para mí o a la parte que acepte la tarea. La autorización original se guardará en el expediente de Florida Medical Clinic, P.A.

Yo podría obtener una copia revisada de la *Información de Prácticas de Privacidad* solicitándola por escrito a Florida Medical Clinic, P.A. o pidiendo una en mi siguiente cita.

Responsabilidad Financiera

Comprendo que la facturación del seguro es un servicio brindado como cortesía y que en todo momento soy responsable financieramente ante Florida Medical Clinic, P.A. (FMC) y/o sus entidades afiliadas por cualquier cargo o gasto no cubierto por los beneficios de los Cuidados de la salud. Es mi responsabilidad notificar a FMC cualquier cambio en mi cobertura de cuidados de la salud. En algunos casos no se pueden determinar los beneficios exactos del seguro hasta que la compañía de seguro reciba la reclamación. Yo soy responsable de toda la factura o balance según lo determine FMC y/o mi seguro de salud si las reclamaciones sometidas o cualquier parte de estas no es pagada por mi seguro de salud. Comprendo que al firmar este modelo estoy aceptando la responsabilidad financiera, según se explica arriba, de todo el pago de los servicios médicos y/o los suministros recibidos.

Asignación de los Beneficios

Autorizo el envío directo del pago de todos los beneficios de salud, incluyendo Medicare, si fuera beneficiario de Medicare, a la Florida Medical Clinic, P.A. (FMC) por todos los servicios médicos y suministros cubiertos, brindados a mí durante todos los tratamientos y atención brindada por la FMC y/o sus entidades afiliadas bajo su dirección. Comprendo y Acepto que esta Asignación de Beneficios constituirá una autorización continua, archivada en el expediente de FMC, que autorizará y permitirá el pago directo a FMC, de todos los beneficios del seguro aplicables y elegibles para los subsiguientes tratamientos, servicios, suplementos y/o atención continua brindada hacia mí por FMC.

Iniciales _____

Divulgación de la Propiedad

Comprendo que Florida Medical Clinic, P.A. es una institución de practicas médicas perteneciente a un médico que comprende oficinas de médicos de atención primaria, médicos especialistas y servicios auxiliares asociados. Estos servicios auxiliares incluyen laboratorio, patología, radiología/diagnostico, terapia física, farmacia y un centro de cirugía ambulatoria. En el curso de mi tratamiento o cuidado, puede que se me refiera a uno o más de estos departamentos auxiliares. Yo tengo el derecho de elegir donde recibir estos servicios. Yo Comprendo que no estoy obligado a recibir estos servicios en el departamento auxiliar de Florida Medical Clinic.

Reconocimiento de Recibo *Información de Prácticas de Privacidad*

Yo reconozco que he recibido una copia de la *Información de Prácticas de Privacidad* de Florida Medical Clinic, las que describen como FMC utilizará y protegerá mi información de salud. Esta información describe mis derechos bajo la Ley o Decreto de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y las políticas de FMC en vigor y divulgación de mi información protegida de salud.

Nombre del Paciente

Nombre del Guardián o Representante

Firma del Paciente

Firma del Guardián o Representante

Fecha: _____

Florida Medical Clinic

Su Vida, Nuestra Especialidad

Internal Medicine
12500 North Dale Mabry Highway, Suite E • Tampa, Florida 33618
(813) 261-8200 • Fax: (813) 377-1677

Tomas Figueroa-Nieves, M.D. American Board of Internal Medicine
Stephanie Pelaez, PA-C
Amanda Fitch, ARNP

CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿Cuál es el motivo de su visita? _____

Síntomas

Compruebe (✓) síntomas que actualmente tiene o ha tenido en el último año

GENERAL

- Escalofríos
- Depresión
- Mareo
- Desmayo
- Fiebre
- Pérdida de memoria
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudores

GASTROINTESTINAL

- Apetito pobre
- Distensión
- Cambios del estómago en sus evacuaciones
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Gas
- Hemorroides
- Indigestión
- Náusea
- Sangrado rectal
- Dolor de estómago
- Vómitos
- Vómito con sangre

OJO, OÍDO, NARIZ, GARGANTA

- Sangrado de las encías
- Visión borrosa
- Dificultad para tragar
- Visión doble
- Dolor de oídos
- Secreción del oído
- Alergias
- Ronquera
- Pérdida de la audición
- Sangrada nasal
- Tos persistente
- Zumbido en los oídos
- Sinusitis
- Visión - Flashes
- Visión - Halos

HOMBRES solamente

- Tumores de seno
- Dificultades de erección
- Masa en los testículos
- Descarga del pene
- Dolor en el pene
- Otro

MUJERES solamente

- Papanicolan anormal
- Sangrado entre períodos
- Tumores de seno
- Dolor menstrual severo
- Los sofocos o calores de menopausia
- Secreción del pezón
- Relaciones sexuales dolorosas
- Flujo vaginal
- Otro

MÚSCULO / ARTICULACIONES / HUESOS

Dolor, entumecimiento, debilidad en:

- Brazos
- Espalda
- Pies
- Manos
- Caderas
- Piernas
- Cuello
- Rodillas

GENITOURINARIO

- Sangre en la orina
- Orina frecuente
- Falta de control de la vejiga
- Dolor al orinar

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Hipertensión
- Latidos irregulares del corazón
- Presión arterial baja
- Mala circulación
- Latidos acelerados
- Hinchazón de los tobillos
- Varicosas

PIEL

- Moretones con facilidad
- Urticaria
- Picor
- Cambio en lunares
- Erupción (Rash)
- Cicatrices
- Lesion de piel que no se cura

Fecha del último período menstrual _____
Fecha de la última Prueba de Papanicolaou _____
¿Ha tenido una mamografía? _____
¿Está embarazada? _____
Número de niños _____

Condiciones

Compruebe (✓) condiciones que actualmente tiene o ha tenido en el último año

- AIDS
- Alcoholismo
- Anemia
- Anorexia
- Apendicitis
- Artritis
- Astma
- Trastornos de sangrado
- Tumores de seno
- Bronquitis
- Bulimia
- Cáncer
- Cataratas

- Dependencia de drogas
- Varicela
- Diabetes
- Enfisema
- Epilepsia
- Glaucoma
- Bocio (tiroide agrandada)
- Gonorrea
- Gota
- Enfermedad del corazón
- Hepatitis
- Hernia
- Herpes

- Colesterol alto
- VIH positivo
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Sarampión
- Migrañas
- Aborto Involuntario
- Mononucleosis
- Esclerosis múltiple
- Paperas
- Marcapasos
- Pulmonia
- Polio

- Problema de próstata
- Problemas psiquiátricos
- Fiebre reumática
- Fiebre escarlatina
- Derrame cerebral
- Intento de suicidio
- Problemas de la tiroide
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- La fiebre tifoidea
- Úlceras
- Infecciones vaginales
- Enfermedad venérea

Medicamentos Lista de medicamentos que está tomando actualmente:

Alergias

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Historia de Salud

Historia Familiar Complete la información acerca de su familia inmediata

Relación	Edad	Estado de salud	Edad de muerte	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

Marque (✓) si sus parientes de sangre tenían cualquiera de los siguiente:

Enfermedad	Relación con usted
Artritis, Gota	
Astma, Alergias	
Cáncer	
Dependencia a drogas	
Diabetes	
Enfermedades del corazón, Derrames cerebrales	
Hipertensión	
Enfermedad renal	
Tuberculosis	
Otro	

Hospitalizaciones

Año	Hospital	Motivo de la hospitalización y el resultado

Embarazos

Año de nacimiento	El sexo de nacimiento	Complicaciones: Si alguna

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí No

En caso afirmativo, indique las fechas aproximadas: _____

Enfermedad grave / Lesiones	Fecha	Resultado

Hábitos de Salud

Marque (✓) que se utiliza y la cantidad que usa

<input type="checkbox"/>	Cafeína	
<input type="checkbox"/>	Tabaco	
<input type="checkbox"/>	Drogas ilegales	
<input type="checkbox"/>	Otro	

Ocupacional

Marque (✓) que aplica y la cantidad que usa

<input type="checkbox"/>	Estrés	<input type="checkbox"/>	Sustancias peligrosas
<input type="checkbox"/>	Levantar objetos pesados	<input type="checkbox"/>	Otro

Al mejor de mi conocimiento, la información de esta forma es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad alguna vez tiene un cambio en la salud

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Revisado por

Fecha

Relación con el paciente

Fecha

Florida Medical Clinic, P.A.
Autorización para Compartir Información de Salud Protegida

Nombre del paciente:	Segunda forma de identificación Fecha de Nacimiento/cuenta#
----------------------	--

Yo autorizo a los médicos y personal de:

- Todos los departamentos de FMC
- Los siguientes departamentos FMC

Especificar:

para compartir información de salud protegida con las siguientes personas:

Apellido	Nombre	Relación	Teléfono #
1.			
2.			
3.			

Esto incluye (por favor marque todas las áreas que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica
<input type="checkbox"/> Los resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Resultados de rayos X
<input type="checkbox"/> Medicamentos (Renovación y recogida de medicinas)
<input type="checkbox"/> Consultas telefónicas | <input type="checkbox"/> Información del Hospital
<input type="checkbox"/> Información del seguro
<input type="checkbox"/> La información clínica sobre diálisis
<input type="checkbox"/> Información sobre la entrevista médico
<input type="checkbox"/> Otros (especificar) |
|---|---|

Esta autorización estará en efecto hasta que la autorización sea revocada.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Empleado FMC _____ Fecha _____



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR / DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre		Últimos 4 SSN	
Cuenta #		Fecha de nacimiento	
Dirección			
Ciudad / Estado		Código postal	
Autorizo a la Florida Medical Clinic, PA a revelar la información de salud que aparece a continuación a la siguiente persona, grupo o entidad			
Nombre	Fax # / Dirección de correo		
1.	1.		
2.	2.		
Solicitar Información para sí mismo			
Método:	Dirección de correo / Número de fax / Dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Correo			
<input type="checkbox"/> Fax			
<input type="checkbox"/> Email			
Seleccione el tipo de información que se va a utilizar o divulgar (incluya las fechas cuando aplique)			
<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio		
<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X e imágenes		
<input type="checkbox"/> Lista de alergias	<input type="checkbox"/> Informes de consulta de _____		
<input type="checkbox"/> Registros de inmunización	<input type="checkbox"/> Visitas / encuentros: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registros de proveedores que no son FMC		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____		
Autorizo a Florida Medical Clinic, PA a revelar también lo siguiente a la entidad mencionada anteriormente. Al no seleccionar ninguna de las opciones siguientes, entiendo que esta información no se compartirá.			
<input type="checkbox"/> Tratamiento para el uso / abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Información sobre salud mental (excluyendo la psicoterapia)		
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual / Información relacionada con el VIH	<input type="checkbox"/> Psicoterapia		
<input type="checkbox"/> Genético	<input type="checkbox"/> Otro		
Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de los servicios de salud prestados de:			
<input type="checkbox"/> _____ - _____	<input type="checkbox"/> Todos los períodos pasado, presente y futuro		
Salvo revocación en contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición. Si no se especifica ninguna fecha, entiendo que esta autorización expirará un año a partir de la fecha siguiente.			
<input type="checkbox"/> Fecha de caducidad: _____	<input type="checkbox"/> Vencimiento automático después de un año		
Entiendo que la información en mi historial de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades notificables, SIDA / VIH. También puede incluir servicios psiquiátricos o de salud mental, y tratamiento para abuso de alcohol y drogas. Al no seleccionar ninguna de estas opciones, entiendo que las enfermedades de transmisión sexual, la salud mental y el abuso de drogas no serán revelados.			
Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con la Florida Medical Clinic, PA. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.			
Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento.			
Entiendo que puedo inspeccionar o copiar esta información para ser usada o revelada, como se provee en CFR 164.524.			
Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una re-divulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las normas de confidencialidad federales.			
Entiendo que hay una tarifa para la obtención de expedientes médicos y estoy de acuerdo en pagar por tales cargos.			
Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi PHI, puedo contactar al Oficial de Privacidad de Florida Medical Clinic al (352) 567-0188.			
Firma:		Fecha:	
Nombre:	Firma de: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Representante Legal		
(Solo uso interno) El consentimiento verbal fue dado por el paciente Debe obtener 2 identificadores de pacientes			
Nombre del empleado:	Fecha:		
Identificador 1:	Identificador 2:		

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA / SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre		Últimos 4 SSN	
Cuenta #		DOB	
Dirección			
Ciudad / Estado		Código postal	
OFICINA DE LA CLÍNICA MÉDICA DE LA FLORIDA SOLICITANDO REGISTROS MÉDICOS			
MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR REGISTROS			
Método:	Dirección de correo / Número de fax / Dirección de mensajería directa		
<input type="checkbox"/> Correo			
<input type="checkbox"/> Fax			
<input type="checkbox"/> Mensajería Directa			
LA CLÍNICA MÉDICA DE LA FLORIDA SOLICITA RECORDS DE			
Nombre de la entidad			
Dirección			
Ciudad / Estado		Código postal	
Teléfono #		Fax #	
TIPO DE REGISTROS QUE LA CLÍNICA MÉDICA DE FLORIDA ESTÁ SOLICITANDO			
<input type="checkbox"/> Registro completo (Incluyendo la firma de paciente sensible de PHI requerida) **	<input type="checkbox"/> Historia más reciente y física		
<input type="checkbox"/> Registro completo (Excluyendo PHI sensible) **	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio		
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X e imágenes		
<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Informes de consulta de:		
<input type="checkbox"/> Lista de alergias	<input type="checkbox"/> Visitas / Encuentros:		
<input type="checkbox"/> Registros de inmunización	<input type="checkbox"/> Otra especificar):		
<p>** La PHI sensitive incluye el tratamiento para el uso / abuso de alcohol y / o drogas, la salud mental, la psicoterapia, la información relacionada con el VIH / SIDA y las enfermedades de declaración obligatoria, y la información genética.</p>			
PROPÓSITO			
<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado	<input type="checkbox"/> Otro	
<p>Como una entidad cubierta, Florida Medical Clinic, PA NO es requerida de acuerdo a la Regla de Privacidad de HIPAA en 45 CFR 164.501 para obtener la autorización del paciente para recibir expedientes médicos para propósitos de tratamiento.</p> <p>Si el expediente médico incluye PHI sensitiva (vea arriba) la firma del paciente debe ser obtenida.</p> <p>Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la Florida Medical Clinic al (352) 567-0188</p>			
Firma del Paciente:			Fecha:

FLORIDA MEDICAL CLINIC, PA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA.

POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al 352-567-0188.

Florida Medical Clinic entiende que su privacidad es importante. Este Aviso de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para controlar su información médica protegida. La información médica protegida (PHI) es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona a su pasado, el estado de salud física o mental presente o futuro o el pago.

Explicación del Registro de Salud / Información

Cada vez que visita un hospital, un médico u otro profesional de la salud, se hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene información personal demográfica, sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información, a menudo referida como su salud o registro médico, sirve como:

- Base para planear su cuidado y tratamiento;
- Los medios de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado;
- documento legal que describe la atención que recibió;
- Medio por el cual usted o un tercer pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Una herramienta en la formación de profesionales de la salud;
- Una fuente de datos para la investigación médica;
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación;
- Una fuente de datos para la planificación de las instalaciones y la comercialización; y
- Una herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que alcanzamos.

La comprensión de lo que está en su expediente y cómo su información médica se utiliza puede ayudarle a:

- Asegurar su exactitud;
- Entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud;

- Tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros.

Sus Derechos de Información de Salud:

Aunque su expediente médico es propiedad física del profesional de la salud u hospital que lo recopiló, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Solicitar una restricción para ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto por 45 CFR 164.522. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar la restricción;
- Inspeccionar y copiar su expediente médico según lo previsto en 45 CFR 164.524 y la ley de Florida. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud.
- Modificar su expediente médico según lo previsto en 45 CFR 164.526. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser por escrito y debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su petición si usted pide enmendar información que:
 - No fue creada por nosotros;
 - No es parte de la información médica mantenida por FMC;
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o
 - Es precisa o completa.
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según lo dispuesto en 45 CFR 164.528. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, su solicitud debe ser por escrito y debe indicar el período de tiempo que no podrá ser mayor de seis años y no puede incluir fechas antes 13 de abril 2003.
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos;
- Recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida conforme a lo dispuesto en 45 CFR 164.522 (b), según sea el caso;
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se ha tomado esa acción.
- Restringir el suministro de la información de salud protegida a su plan de salud si usted está pagando de su bolsillo en su totalidad. 45 CFR 164.522 (a) (1) (vi).
- Restringir la divulgación relacionada con los análisis genéticos con fines de suscripción de seguros.

Las copias de los reglamentos citados anteriormente pueden ser solicitados al Oficial de Privacidad llamando 352-567-0188.

Nuestras responsabilidades:

Florida Medical Clinic está obligado a:

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

- Cumplir con los términos de este aviso;
- notificarle si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada;
- Atender las solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la información de salud protegida sin garantía por escrito.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. En caso de que nuestra información cambie significativamente, publicaremos el nuevo aviso en todas las clínicas de FMC, así como en nuestro sitio Web: www.floridamedicalclinic.com. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y le gustaría obtener información adicional, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de FMC al (352) 567-0188.

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con el Oficial de Privacidad de FMC al 352-567-0188 o puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. El Oficial de Privacidad de FMC puede proporcionarle la dirección adecuada bajo petición. No habrá represalias por presentar una queja.

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Nosotros usaremos su información de salud para el tratamiento. Por ejemplo, la información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo médico será registrada en su expediente y se utiliza para determinar el curso del tratamiento que sea mejor para usted. Los diferentes departamentos dentro de la Florida Medical Clinic pueden compartir información médica sobre usted con el fin de coordinar los diferentes servicios que necesita, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos revelar información médica sobre usted a personas fuera de FMC que puedan estar involucrados en su atención médica, tales como hospitales, centros de atención a largo plazo, centros de cirugía ambulatoria o agencias de salud.

También proporcionaremos un médico remitente o de un proveedor de la salud posterior, copias de diferentes informes que puedan ayudarle a él / ella en su tratamiento.

Nosotros usaremos su información de salud para el pago. Por ejemplo, una factura puede ser enviada a usted o a una compañía de seguros (tercer pagador). La información que acompaña la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Nosotros usaremos su información de salud para operaciones de salud regulares. Por ejemplo, en las prácticas de negocio del día a día, el personal capacitado puede manejar su registro médico

físicamente con el fin de tener el registro preparado o para la presentación de informes en su registro. Ciertos elementos de datos se introducen en nuestro

sistema informático que procesa la mayoría de facturación, horarios de las citas y de los informes estadísticos. Como parte de nuestros esfuerzos de mejora para ofrecer los servicios más eficaces, su registro puede ser revisado por el personal profesional para asegurar su exactitud, integridad y organización.

Esta información puede ser compartida por fax.

Otros usos o divulgaciones

Socios de negocio: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen nuestra usando un servicio de transcripción exterior para escribir notas dictadas por los médicos o de un servicio de copiado que se puede utilizar para hacer copias de su expediente médico. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros socios de negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Para que su información médica esté protegida, sin embargo, requerimos que el socio de negocios haga un acuerdo por escrito para salvaguardar apropiadamente su información.

La comunicación con la familia: Profesionales de la salud, usando su mejor juicio, pueden revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

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

Médicos forenses y directores de funerarias: Podemos revelar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a directores de funerarias, de acuerdo con la ley aplicable para llevar a cabo sus funciones.

Organizaciones de obtención de órganos: Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos para fines de donación y trasplante de tejidos.

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

La recaudación de fondos: No vamos a usar o divulgar su PHI para fines de recaudación de fondos.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos revelar a la FDA información de salud relacionada a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos en

productos o información de vigilancia después de mercadeo para permitir el retiro, reparación o reemplazo.

Compensación a los Trabajadores: Podemos revelar información de salud en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Salud pública: Como es requerido por la ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o jurídica

las autoridades para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- Para reportar nacimientos o muertes;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando;
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación cuando se está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Institución correccional: Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar a la institución o sus agentes causales, la información médica necesaria para su salud, y la salud y seguridad de otros individuos.

Cumplimiento de la ley: Podemos revelar información de salud para fines policiales como exige la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en la clínica; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Alivio de desastres: Podemos revelar su PHI a organizaciones de socorro que buscan su PHI para coordinar su atención, o notificar a los amigos de su ubicación o estado de la familia en un desastre. Nosotros le proporcionamos la oportunidad de aceptar u oponerse a tal divulgación siempre que prácticamente podamos hacerlo.

Agencia de Supervisión de la Salud: La ley federal dispone que su información de salud sea divulgada a una agencia de vigilancia de la salud, autoridad de salud pública o abogado, siempre que un miembro asociado de la fuerza de trabajo o negocio cree de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o hemos violado de otra manera profesional o estándares clínicos y están potencialmente en peligro uno o más pacientes, trabajadores o el público.

No vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en

este aviso.

Otros usos y divulgaciones de su información con sólo su autorización sólo

Estamos obligados a recibir su autorización para usar o divulgar su PHI para cualquier uso distinto de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, y esas circunstancias específicas señaladas anteriormente. Utilizamos una autorización para usar / revelar la forma que establece específicamente qué información se le dará a quién, para qué propósito, y está firmado por usted o su representante legal. Usted tiene la capacidad de revocar la autorización firmada en cualquier momento mediante una declaración escrita dada a nosotros en este sentido.

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán sólo con su autorización por escrito:

- Usos y divulgaciones de PHI para fines de mercadeo;
- Revelaciones que constituyen una venta de su información médica protegida.
- Las notas de psicoterapia si son mantenidas por el proveedor.

Este aviso de privacidad es efectiv el 14 de abril de 2003, y revisado septiembre de 2013.

Bienvenidos al Portal del Paciente Clínica Médica de la Florida!



Sitio en la red cibernética práctico, seguro y protegido que le permite comunicarse con la oficina de su proveedor de servicios médicos en cualquier momento, día o noche. Nuestro objetivo es ser su primera opción en la atención médica del paciente, proporcionando conveniencia y accesibilidad a nuestra práctica. No sólo estamos comprometidos a ofrecer el mejor cuidado médico a nuestros pacientes, pero también nos esforzamos por atender las necesidades de nuestros pacientes de maneras que sean convenientes para usted. Este sitio de la red cibernética - portal del paciente- es una de las maneras en que podemos ofrecer una excelente atención al paciente.

El Portal del Paciente le ofrece servicios de salud que incluyen la posibilidad de solicitar citas, solicitar renovación de los medicamentos, tener acceso a la información médica, incluyendo los resultados de laboratorios, y mucho más. Pronto tendrá la capacidad también de hacer sus pagos en la computadora y visitas a través del internet (E-Visitas) utilizando mensajería segura a su proveedor.

Su información médica está disponible para usted en este sitio de la internet, y es seguro, al igual que la banca en línea y bolsa de valores en línea están asegurados a través de Internet.

Si usted es actualmente un paciente con la clínica, sólo tiene que solicitar su número de PIN de seguridad hoy en su consultorio médico participante, o consulte nuestro sitio en la red cibernética en www.Floridamedicalclinic.com, y click en el enlace "Mis registros médicos", y siga las instrucciones en línea para "Get Connected".