



Formulario de registro de pacientes

**Demografía:**

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido del paciente:

\_\_\_\_\_ Dirección:

\_\_\_\_\_ Dirección de envío:

\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Dejar mensaje: Sí/No \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Autorización para compartir PHI**

Indique el nombre completo y la relación de la(s) persona(s) con quien(es) podemos discutir su Información Médica Protegida (PHI):

Nombre y apellido/relación: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido/relación: \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**

Seguro principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del

suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_



**Información del seguro secundario:**

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

ID de suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Información del empleador:**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ **Contacto**

**de emergencia:**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_



**CUESTIONARIO SOBRE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, suplementos y vitaminas que toma, incluida la dosis o concentración.

---

---

---

Alergias: \_\_\_\_\_ . Alergia al látex Sí / No

**HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA**

Enumere todas las operaciones que haya tenido:

---

---

---

**HISTORIA FAMILIAR/SOCIAL**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero      Casado      Viudo      Divorciado



## HISTORIA CLÍNICA PASADA

¿Tiene usted ahora o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes síntomas?

<p><b>Cardiopatía:</b>                      Sí No</p> <p>Hipertiroidismo:                      SíNo</p> <p>Infarto de miocardio:                      Sí No</p> <p>Cálculos renales:                      SíNo</p> <p>Arritmia cardíaca:                      SíNo</p> <p><b>Nefropatía:</b>                      Sí No</p> <p>Fibrilación auricular:                      Sí No</p> <p>Ataque:                      Sí No</p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva: SíSin</p> <p>enfermedad de la vesícula biliar:    Sí No</p> <p><b>Hipertensión:</b>                      SíNo</p> <p><b>Anemia:</b>                      SíNo</p> <p>Enfermedad vascular:                      Sí No</p> <p>Dolor de espalda crónico:                      SíNo</p> <p>Diabetes:                      Sí No</p> <p style="padding-left: 20px;">* dependiente de insulina                      SíNo</p> <p style="padding-left: 20px;">No dependiente de insulina                      SíNo</p>	<p><b>Artritis reumatoide:</b>                      SíNo</p> <p><b>Soriasis:</b>                      SíNo</p> <p>Enfermedad de Lyme:                      Sí No</p> <p><b>Colesterol alto:</b>                      SíNo</p> <p><b>Depresión:</b>                      SíNo</p> <p>Enfermedad pulmonar:                      Sí No</p> <p>Osteoporosis:                      Sí No</p> <p><b>Asma:</b>                      Sí No</p> <p><b>Neuropatía:</b>                      SíNo</p> <p>Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Sí</p> <p>No Hipotiroidismo:                      SíNo</p> <p>Úlceras:                      Sí No</p> <p>Fibromialgia:                      Sí No</p> <p>Cáncer (ubicación):                      SíNo</p> <p><b>Colitis:</b>                      SíNo</p> <p>Coágulos de sangre (TVP o EP): SíNo</p>
---	---

Otro:

---



---



---



<b>Tus hábitos personales: ¿los tienes? Haga</b> ejercicio regularmente: <b>Sí No</b> Fumar o consumir tabaco: <b>Sí No</b> Cuánto cuesta: _____ Durante cuántos años: _____ consumió tabaco en el pasado: Beber alcohol: <b>Sí No</b> _____ <b>Sí No</b> Cuánto cuesta: _____ Picaduras de garrapatas recientes: <b>Sí No</b>	<b>¿Tiene usted antecedentes familiares de: Parentesco?</b> Cardiopatía: <b>Sí No</b> Hipertensión: <b>Sí No</b> Diabetes: <b>Sí No</b> Ataque: <b>Sí No</b> Cáncer: <b>Sí No</b> Enfermedad de la tiroides: <b>Sí No</b> Depresión: <b>Sí No</b> Coágulos de sangre: <b>Sí No</b>
--	--

¿Ha sufrido recientemente alguno de los siguientes síntomas?

Esputo con sangre	Sí	No	Dolor de espalda	Sí	No
Indigestión	Sí	No	Dolor de pierna	Sí	No
Dolor abdominal	Sí	No	Articulaciones dolorosas	Sí	No
Diarrea	Sí	No	Dolores de cabeza	Sí	No
Constipación	Sí	No	Visión doble	Sí	No
Cambios en los hábitos intestinales	Sí	No	Dificultad para tragar	Sí	No
Sangrado anormal	Sí	No	Ronquera	Sí	No
Sangre en las heces	Sí	No	Hemorragias nasales	Sí	No
Pus en la orina	Sí	No	Dificultad para respirar	Sí	No
Ictericia amarilla	Sí	No	Mareo	Sí	No
Depresión/Ansiedad Aumento de peso	Sí	No	Dolor/presión en el pecho	Sí	No
* ¿Cuántas libras _____?			Arritmia	Sí	No
Pérdida de peso	Sí	No	Hinchazón de los pies	Sí	No
* ¿Cuántas libras _____?			Tos	Sí	No



---

Firma del paciente (padre o madre en caso de ser menor de edad)

Fecha

---

Firma del proveedor

Fecha



Autorización del paciente para la divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Solicito que mi información médica protegida (PHI) de \_\_\_\_\_ se divulgue a: Dirección:

\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Autorizo que se divulgue la siguiente PHI de mis registros médicos: todos los registros, incluidas altas hospitalarias, informes de patología, resultados de pruebas (laboratorios, radiología, ECG, mamografías, etc.), notas de progreso, planes de tratamiento, registros de vacunación, evaluaciones psicológicas y psiquiátricas.

Otros: \_\_\_\_\_ Entiendo que la información en

mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, tratamiento del abuso sexual y del alcohol o las drogas. La ley estatal y federal protege la siguiente información, tal como se define en HIPAA en 45 CFR 164.501. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue u obtenga esta información (incluya las fechas cuando corresponda):

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_

Pruebas y resultados del VIH/SIDA  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_

Salud mental (psiquiátrica y psicológica)  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_

Registros de psicoterapia  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_



Cubriendo el período de atención médica: Fecha(s) específica(s): desde hasta O todos los encuentros/visitas pasados, presentes y futuros: \_\_\_\_\_

Propósito de la solicitud de información: Legal Seguro Personal Continuación de Cuidados

Otro: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Gestión de Información de Salud a la siguiente dirección: 4400 Oak Park Lane Fort Worth, TX 76109, EE. UU. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará un año después de la fecha de firma.
- Entiendo que estos registros están clasificados como privilegiados y confidenciales y no pueden ser divulgados a mí ni a las personas designadas por mí o mi tutor legal sin un consentimiento expreso e informado. Además, entiendo que estos registros no se divulgarán a entidades distintas a las designadas por mí o mi representante personal según lo dispuesto por las leyes estatales o federales.

\_\_\_\_\_ Firma del  
paciente o representante autorizado Fecha

\_\_\_\_\_ Nombre  
impreso Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente





## Consentimiento para tratamiento y atención médica

**AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.**

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para recibir tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá en plena vigencia hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho a hablar con su médico sobre el plan de tratamiento y el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que le hayan indicado. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico y/o proveedor de nivel medio (enfermero especializado, asistente médico o enfermero clínico especialista) y a otros proveedores de atención médica o personas designadas según se considere necesario, que realicen exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la afección.

Lo que me ha llevado a buscar atención en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales o procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y comprendido completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Nombre del paciente (LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si es representante personal, escriba el nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (IMPRIMIR): \_\_\_\_\_



Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir Palm Primary Care como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le solicitamos que lea y firme este formulario para confirmar que comprende nuestras políticas financieras para pacientes como un elemento esencial de su atención y tratamiento médico.

### RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE

Entiendo que es mi responsabilidad conocer cuáles son los términos de mi seguro y, en cumplimiento de esos términos, acepto lo siguiente:

- Entiendo que, como receptor de atención médica, soy en última instancia responsable del pago de mi tratamiento y atención médica.
- Entiendo que soy responsable del pago de copagos, coaseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Acepto pagar los copagos y deducibles al momento del servicio.
- Si no tengo seguro médico, Palm Primary Care proporcionará una tabla de tarifas para pacientes que pagan por cuenta propia. Entiendo que el pago total debe realizarse al momento del servicio, excepto si se acuerda lo contrario o si la ley lo exige.
- Entiendo que si tengo una póliza con deducible alto o coaseguro, acepto pagar un estimado de cargos por un monto de \$30.00 por mi visita al consultorio por adelantado y comprendo que pueden aplicarse otros cargos. Soy beneficiario y pago mis saldos pendientes a medida que vencen.
- Entiendo que debo proporcionar a Palm Primary Care información de facturación completa y precisa, que incluye, entre otros, una tarjeta de seguro actual, números de autorización y/o formularios de referencia para cada visita y/o procedimiento.
- Soy responsable de todas las visitas y procedimientos no autorizados adecuadamente o de cualquier cargo incurrido si la información del seguro proporcionada a Palm Primary Care no está actual o no es válida.
- Con mi firma a continuación, autorizo a Palm Primary Care a divulgar información médica y de otro tipo obtenida durante mi examen y/u otro tratamiento, que incluye mi información médica protegida (PI-L), a mi plan de salud y/u otros proveedores de atención médica, médicos y/o entidades requeridas para participar en mi atención médica.



## CESIÓN DE BENEFICIOS

- Por la presente autorizo la cesión de mis beneficios de seguro directamente a Palm Primary Care. Cualquier seguro Los beneficios que reciba a través de Palm Primary Care se acreditarán en mi cuenta de acuerdo con la asignación de mi compañía de seguros. Cualquier cargo no pagado es mi responsabilidad.
- Por la presente autorizo la divulgación de toda la información o los documentos a todas las partes relacionadas con la obtención de mis beneficios de seguro por reclamos presentados en mi nombre y/o en el de mis dependientes. Además, acepto y reconozco expresamente que mi firma en este documento autoriza a mi médico y a todas las partes legalmente autorizadas a presentar el documento para obtener beneficios, por los servicios prestados, sin obtener mi firma en cada reclamo que se presente en mi nombre y/o en el de mis dependientes, y que estaré obligado por esta firma como si el suscrito hubiera firmado personalmente el reclamo en particular.
- Los saldos de los pacientes vencen de inmediato y no dependen de la recepción de un estado de cuenta. Las compañías de seguros proporcionan una explicación de beneficios que describe los pagos y los saldos de los pacientes. Para su comodidad, aceptamos Visa, MasterCard, Discover o American Express.
- Las cuentas que no tengan actividad durante 60 días pueden ser enviadas a una agencia de cobranzas para que se tomen medidas de cobro. Si incumpliera mi obligación y mi cuenta se derivara a una agencia de cobranzas o a un abogado, seré responsable de todos los costos de cobro del dinero adeudado, incluidos los intereses, los costos judiciales, la cobranza, los honorarios de la agencia de cobranzas y los honorarios del abogado. Todos los honorarios de cobro anticipados en los que incurra el estudio se incluirán en mi factura final.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA FINANCIERA DE PALM PRIMARY CARE Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DESCRITOS EN LA POLÍTICA.**

---

Nombre impreso del paciente/padre/tutor legal o representante autorizado

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

---

Firma del paciente/padre/tutor legal o representante autorizado

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

---

Si es tutor legal o representante autorizado, indique relación con el paciente:

El tutor o representante autorizado debe proporcionar documentación de dicha condición.



Autorización del paciente para la divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente				Fecha de Nacimiento		
DIRECCIÓN:		Ciudad:		Estado:		Cremallera:
Correo electrónico DIRECCIÓN:				Teléfono:		
Solicito que mi información médica protegida (PHI) de						
Teléfono:			Fax:			ser revelado a:
Beneficiario Nombre:						
DIRECCIÓN:		Ciudad:		Estado:		Cremallera:
Correo electrónico DIRECCIÓN:			Teléfono:			Fax:

Autorizo que se divulgue la siguiente PHI de mis registros médicos: todos los registros que incluyen altas hospitalarias, informes de patología, resultados de pruebas (laboratorios, radiología, ECG, mamografías, etc.), notas de progreso, planes de tratamiento, registros de vacunación, evaluaciones psicológicas y psiquiátricas.

Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información contenida en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, tratamiento del abuso de alcohol, drogas o sexual.



*La ley estatal y federal protege la siguiente información, según se define en HI PAA en 45 CFR 164.501. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue u obtenga esta información (incluya las fechas cuando corresponda):*

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas:	
Pruebas y resultados del VIH/SIDA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas:	
Salud mental (psiquiátrica y psicológica)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas:	
Registros de psicoterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas:	

**Finalidad de la solicitud de información:**

Legal | Seguros | Personal | Continuación de la atención

Otro: \_\_\_\_\_



**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales.

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Gestión de Información de Salud a la siguiente dirección: 4400 Oak Park Lane Fort Worth, TX 76109, EE. UU. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará un año después de la fecha de firma.
- Entiendo que estos registros están clasificados como privilegiados y confidenciales y no pueden ser divulgados a mí ni a las personas designadas por mí o mi tutor legal sin un consentimiento expreso e informado. Además, entiendo que estos registros no se divulgarán a entidades distintas a las designadas por mí o mi representante personal según lo dispuesto por las leyes estatales o federales.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Autorización del paciente para la divulgación de información sanitaria Rev. 05.10.2022



### Consentimiento informado para fotografiar

Por la presente doy mi consentimiento para que Palm Primary Care o su personal tomen y/o muestren fotografías de mi rostro y mi sonrisa.

Estas fotografías se utilizarán con fines de identificación dentro del consultorio y podrán almacenarse en los registros médicos electrónicos del consultorio. Los médicos, el consultorio y el personal se asegurarán de que mi información personal, como mi nombre, edad y fecha de nacimiento, esté protegida y no se muestre.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Si es representante personal, escriba el nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (IMPRIMIR): \_\_\_\_\_



## Aviso de prácticas de privacidad

6 de noviembre de 2018

Este Aviso explica cómo Palm Primary Care cumple con su compromiso de respetar la privacidad y confidencialidad de su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo podemos usar y divulgar su información. Este Aviso también le informa sobre sus derechos bajo las leyes federales y estatales. Este aviso se aplica a todos los registros que se encuentran en poder de Palm Primary Care, independientemente de si el registro está escrito, electrónico o en cualquier otro formato. La ley nos exige que le proporcionemos este Aviso y que mantengamos la privacidad de su PHI. Todos los proveedores de atención médica, empleados y socios comerciales de Palm Primary Care deben cumplir con las prácticas de privacidad exigidas por la ley y descritas en este Aviso.

### **La información médica protegida (PHI) se refiere a:**

- Información sobre su salud, como condiciones médicas y resultados de pruebas de diagnóstico.
- Información sobre los servicios y tratamientos de atención médica que ha recibido o puede recibir en el futuro
- Información sobre sus beneficios de atención médica bajo un plan de seguro
- Información geográfica, como dónde vives o trabajas
- Información demográfica, como su raza, género, etnia o estado civil.
- Identificadores únicos, como su número de seguro social, fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección o número de licencia de conducir
- Fotografías de rostro completo

### **Podemos usar y divulgar su información médica protegida para:**

Su tratamiento médico: podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal involucrado en su atención médica. Con su consentimiento por escrito, podemos divulgar su información a personas y entidades fuera de Palm Primary Care involucradas en su tratamiento médico continuo después de que deje de recibir atención, como otros proveedores de atención médica, agencias de atención médica a domicilio y compañías de transporte.

**Pago:** Podemos compartir su información médica protegida con compañías de seguros, terceros y otros proveedores de servicios para recibir el pago por los servicios que le brindamos. Esto puede incluir compartir información con médicos, instalaciones, compañías de ambulancias y subcontratistas que lo hayan tratado o brindado servicios. Las compañías de seguros y otros terceros





Las partes pueden requerir su número de seguro social y fecha de nacimiento para fines de verificación y pago.

**Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar su información médica protegida para respaldar nuestras prácticas comerciales y mejorar la calidad de su atención. Por ejemplo, podemos utilizarla para revisar su tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal. También podemos compartir su información con nuestro personal para fines de revisión y capacitación.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y compartir su información médica protegida para comunicarnos con usted y recordarle citas para tratamiento o atención médica. Esto puede incluir recordatorios de entidades donde se realizan pruebas.

**Socios comerciales:** Podemos compartir su información médica protegida con socios comerciales, como empresas de facturación o servicios de transcripción médica. Estos socios están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información.

**Opciones de tratamiento y otros beneficios relacionados con la salud:** Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted acerca de las opciones de tratamiento y otros beneficios relacionados con la salud que ofrece Palm Primary Care y que puedan ser de su interés. No utilizaremos su información para actividades de marketing (excepto comunicaciones personales) sin su autorización.

**Personas involucradas en su atención:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica protegida a personas involucradas en su atención médica o pago, como miembros de la familia u otras personas. Los padres y tutores legales son representantes autorizados de los menores, a menos que los menores tengan permitido legalmente tomar sus propias decisiones médicas. Debe notificarnos por escrito si no desea que se divulgue la información a las personas involucradas en su atención.

**Esfuerzos de socorro en caso de desastre:** Podemos compartir su información médica protegida con organizaciones que colaboran en los esfuerzos de socorro en casos de desastre para notificar a su familia u otras personas importantes sobre su condición, estado y ubicación.

**Investigación:** Los investigadores pueden comunicarse con usted para que participe en estudios de investigación después de obtener su autorización o aprobación de una Junta de Revisión Institucional (IRB). Las IRB son comités que protegen los derechos y el bienestar de los participantes de las investigaciones. La inscripción en la mayoría de los estudios requiere su consentimiento informado, que se obtiene después de que se le haya informado sobre el estudio y haya firmado un formulario de autorización o consentimiento aprobado por una IRB. En algunos casos, la ley federal nos permite utilizar su información médica protegida para investigaciones sin su autorización, con la aprobación de una IRB u otra junta de revisión especial. Esto no afectará su tratamiento ni su bienestar y su información permanecerá protegida.

**Procedimientos judiciales, demandas y otras acciones legales:** Podemos compartir su información médica protegida con tribunales, abogados y empleados judiciales cuando recibamos una orden judicial, una citación,



solicitud de descubrimiento, orden judicial o citación, y cuando lo exija la ley durante otros procedimientos judiciales o administrativos legales

**Aplicación de la ley:** Podemos divulgar su información médica protegida según lo autorice o requiera la ley o en respuesta a una orden judicial o citación válida:

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- En las investigaciones criminales
- Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia y violencia doméstica.
- Si se sospecha que una muerte es resultado de una conducta delictiva
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad
- Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución o al funcionario.

**Compensación al trabajador:** Podemos compartir su información médica protegida para Compensación Laboral o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Funciones especiales del gobierno:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir su información médica protegida con las autoridades militares para permitirles llevar a cabo sus deberes conforme a la ley. También podemos divulgar su información si está relacionada con funciones de inteligencia y seguridad nacional.

**Agencias reguladoras:** Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades gubernamentales locales, estatales o federales responsables de la supervisión médica, según lo autorice la ley. Esto incluye entidades y agencias de licencias, auditorías y acreditaciones que administran programas de salud pública como Medicare y Medicaid.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** Podemos divulgar su información médica protegida a médicos forenses o examinadores médicos según sea necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica protegida a directores de funerarias para el desempeño de sus funciones.

**Donación de órganos:** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que manejan trasplantes de órganos, ojos o tejidos, incluidos los bancos de donaciones.

**Riesgos para la salud pública:** Según lo exige la ley, podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades de salud pública para fines relacionados con:

- Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.



- Informar sobre acontecimientos vitales como nacimientos y muertes
- Cómo denunciar el abuso o la negligencia infantil
- Denunciar la violencia doméstica
- Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos
- Notificar a los pacientes sobre retiros, reparaciones o reemplazos de productos que puedan estar usando
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad
- Informar a su empleador sobre hallazgos relacionados con enfermedades o lesiones laborales para que el lugar de trabajo pueda ser monitoreado en términos de seguridad.

#### **Otros usos y divulgaciones no contemplados en este aviso:**

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida, no descritos en este Aviso o permitidos por la ley, solo se realizarán con su autorización por escrito. Obtendremos su autorización para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia. Si nos da autorización para usar o divulgar su información médica protegida, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Tenga en cuenta que no podemos retractarnos de ninguna divulgación ya realizada con su autorización previa.

**Sus derechos con respecto a su información médica protegida:** A menos que la ley exija lo contrario, su historial médico es propiedad de Palm Primary Care o del centro que lo recopiló. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

**Derecho a recibir una copia de este aviso:** Se le proporcionará una copia impresa de este aviso en el momento del primer servicio. También puede solicitar una copia en cualquier momento. El centro se reserva el derecho de cambiar o actualizar sus prácticas con respecto a la información médica protegida. Si se realizan cambios, se proporcionará un aviso revisado.

**Derecho a solicitar ver y obtener una copia de sus registros e información médica protegida:** Tiene derecho a solicitar ver y obtener una copia de la información médica protegida que se utiliza para tomar decisiones sobre su atención. Su solicitud debe realizarse por escrito. El centro puede negar el acceso en determinadas circunstancias limitadas y se le proporcionará una explicación por escrito si esto ocurre. Si su solicitud se niega total o parcialmente, puede solicitar una revisión de la denegación.

**Derecho a solicitar una enmienda o una adenda:** Si cree que su información médica protegida es incorrecta o incompleta, puede solicitar una enmienda. Su solicitud debe ser por escrito e incluir la documentación de respaldo. El centro puede rechazar la solicitud si la información no fue creada por el centro, si no es parte de la información médica protegida del centro o si la información se considera precisa y completa. Si se rechaza la solicitud, se enviará una explicación por escrito.



Se le proporcionará información y la documentación de la solicitud y la decisión se incluirá en su historial médico.

**Derecho a solicitar un recuento de las revelaciones:** Tiene derecho a solicitar una lista de personas o entidades que hayan recibido su información médica protegida del centro. Su solicitud debe ser por escrito y especificar las fechas de las divulgaciones solicitadas. Esta lista no incluirá las divulgaciones realizadas a usted, a partes autorizadas, para su atención, tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o las divulgaciones incidentales al uso o divulgación permitidos por la ley, como agencias gubernamentales y regulatorias, servicios de seguridad nacional o de inteligencia, o a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

**Derecho a revocar determinadas autorizaciones y/o solicitar restricciones:** Tiene derecho a revocar los consentimientos previamente autorizados o a solicitar restricciones o límites a su información médica protegida. El centro puede considerar su solicitud, pero no está obligado a aceptarla. También tiene derecho a solicitar restricciones a la información médica protegida que se divulgue a alguien que usted autorizó para su atención o pago. Su solicitud de restricción o revocación debe realizarse por escrito.

**Derecho a las comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de la manera confidencial que usted elija. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo en su casa, a través de un teléfono personal o laboral, correo electrónico o correo postal. Su solicitud debe realizarse por escrito. No necesita proporcionar un motivo para su solicitud y cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando los medios solicitados, podemos comunicarnos con usted utilizando otra información que nos haya proporcionado.

**Derecho a recibir notificación de una infracción:** Tiene derecho a recibir una notificación en caso de que Palm Primary Care o sus socios comerciales violen la privacidad de su información médica protegida. Se le notificará lo antes posible, pero a más tardar 60 días después de que se descubra la violación. La notificación le proporcionará la fecha del descubrimiento, una descripción del tipo de información involucrada, las medidas que estamos tomando para investigar y mitigar la situación e información de contacto para que pueda hacer preguntas y obtener información adicional.

**Derecho a presentar una queja relacionada con la privacidad:** Si cree que no se han respetado sus derechos de privacidad según lo dispuesto por la ley federal o estatal o como se explica en este aviso, puede presentar una queja por escrito ante nosotros. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. La queja debe presentarse por escrito, describir el tema de la queja y nombrar a la(s) persona(s) u organización que usted cree que violó su privacidad. No se le aplicarán represalias ni se le negarán servicios de atención médica si presenta una queja. Se proporciona la información de contacto tanto del Departamento de Cumplimiento de Palm Primary Care como del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.



**Director de Cumplimiento y Gestión de Riesgos**

**Odalys González**

2600 Douglas Road, Suite 308,

Coral Gables, Florida 33134

Teléfono: (786) 316-3685 | [cumplimiento@palmmedicalcenters.com](mailto:cumplimiento@palmmedicalcenters.com)

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina del Secretario**

Avenida Independencia 200, SW

Washington, DC 2020

Teléfono: (202) 619-0257 Línea gratuita: 1-877-696-6775

[www.usa.go](http://www.usa.go)

**Aviso de prácticas de privacidad Firma y reconocimiento**

**Autorización para compartir PHI**

Indique el nombre completo y la relación de la(s) persona(s) con quien(es) podemos discutir su Información Médica Protegida (PHI):

Nombre y apellido/relación: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido/relación: \_\_\_\_\_

**Por la presente reconozco que he leído, comprendido y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Palm Primary Care.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_



---

Firma del paciente

---

Fecha

Soy el padre, tutor legal o representante autorizado de \_\_\_\_\_ (paciente nombre). Por la presente reconozco que he leído, comprendido y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Palm Primary Care.

Nombre del padre, tutor legal o representante autorizado (EN LETRA DE MOLDE):

---

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

---

Firma del padre, tutor o representante autorizado

---

Fecha