



Estimado Paciente Valorado,

Gracias por elegir Florida Digestive Health Specialists, LLP ("FDHS"). Esta red de salud digestiva de primer nivel se creó pensando en el paciente, colaborando y actuando en equipo. Nos esforzamos por superar sus expectativas como proveedor confiable y valioso para todos los servicios de salud digestiva.

Por favor complete los formularios adjuntos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor pregunte. Lleve consigo estos formularios completos, junto con una identificación con fotografía, su(s) tarjeta(s) de seguro y el copago (y cualquier otra responsabilidad del paciente adeudada) a su cita. Llegue 15 minutos antes de la hora programada de su cita para tener tiempo de procesar su documentación. Si no tiene su identificación, tarjeta de seguro o copago el día de su cita, se le reprogramará. En la medida de lo posible y factible, todas las responsabilidades financieras del paciente se pagan en el momento del servicio.

Nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo con los resultados de sus pruebas/laboratorio, si es necesario, dentro de un plazo razonable. Si no recibe los resultados de la prueba dentro de los 10 a 14 días posteriores a la fecha de prestación del servicio, comuníquese con nuestra oficina.

Gracias por elegirnos para sus necesidades de salud digestiva.

Atentamente,  
Especialistas en salud digestiva de Florida, LLP

**NOTA IMPORTANTE: Política de FDHS:** si no puede asistir a su cita por algún motivo, avise con al menos 24 horas de antelación para las visitas al consultorio. De no hacerlo resultará en un cargo de \$50.00 a tu cuenta.

Para cancelaciones de trámites se requiere un aviso mínimo de 72 horas. Si no proporcionas este aviso, se aplicará un cargo de \$75.00.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Farmacia & Ubicación: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_ Medico Principal \_\_\_\_\_

Motivo de la Visita de Hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M or F No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza: ☐ IndioAmericano/Nativo Alaska ☐ Negro/AfroAmericano ☐ Blanco/Caucásico ☐ Asiático  
☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico ☐ Otro ☐ Desconocido ☐ Rechazado

Origen Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Desconocido ☐ Rechazado

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: (Marque con Circulo) S C D V

Dirección Postal Local: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

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

Dirección Postal Alternativa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Si es de temporada, Indique las Fechas: \_\_\_\_\_

☐ Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ ☐ Teléfono del Trabajo #: \_\_\_\_\_ ☐ Teléfono Celular #: \_\_\_\_\_

☐ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* Después de proporcionar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted en nuestro Portal para pacientes, coloque una V junto a la mejor manera de contactarlo.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Autorizo a FDHS contactar al PACIENTE en la dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Personas a las que podemos dar a conocer su información (seleccione qué tipo de información podemos discutir con ellos poniendo sus iniciales en los espacios en blanco correspondiente (s):

Autorizo a FDHS a compartir información Médica \_\_\_\_\_ de facturación \_\_\_\_\_ del paciente con la siguiente persona:

IMPRIMIR Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a FDHS a compartir información Medica \_\_\_\_\_ de facturación \_\_\_\_\_ del paciente con la siguiente persona:

IMPRIMIR Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Teléfono:: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO

Persona Responsable (Si es diferente al Paciente)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Postal Local: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Seguro Médico Primario

Nombre del Titular en la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Numero de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura: \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_ Dependiente Discapacitado \_\_\_\_\_ Dependiente Patrocinado \_\_\_\_\_  
Dependiente Familiar \_\_\_\_\_

Demandante Lesionado \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ Medio Tiempo: \_\_\_\_\_ Tiempo Completo: \_\_\_\_\_

### Seguro Médico Secundario

Nombre del Titular en la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Numero de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

**Cesión y Autorización de Beneficios:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mi compañía de seguros o por mí persona por escrito en cualquier momento. Por la presente autorizo a Florida Digestive Health Specialists a solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos prestados por él / ella o por su orden. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente a los Especialistas en Salud Digestiva de Florida (o la compañía que acepta la cesión). Certifico que la información que he proporcionado sobre mi cobertura de seguro es correcta. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios prestados. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Estoy de acuerdo en pagar cualquier tarifa de cobro razonable, incluidos los honorarios razonables de abogado necesarios para cobrar mi deuda.

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

MR#		
Apellido	Primer Nombre, Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Medico de Familia	Nombre de otros doctores a su cargo	

**PORFAVOR NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN. SOLO PERSONAL MEDICO**

**Nurses / Doctors notes:**


**Tests or labs ordered today:**

--

**¿CUAL ES LA RAZÓN DE SU VISITA HOY?**

<b><u>Chief Complaint:</u></b>	

**¿A SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

Sistema	Si	No	Año	Sistema	Si	No	Año	Sistema	Si	No	Año
<b><u>CARDIOVASCULAR</u></b>				<b><u>NEUROLOGICO</u></b>				<b><u>OIDOS,</u></b>			
Presión Alta				Convulsiones				<b><u>NARIZ, GARGANTA</u></b>			
Presión Baja				Debilidad				Dientes Sueltos			
Latido Irregular del Corazon - Arritmia				Migrañas				Sangrado Nasal			
Dolor en el Pecho				Derrame cerebral previo				Sordera			
Colesterol Alto				<b><u>MUSCULOESQUELÉTICO</u></b>				<b><u>PSYCOSOCIAL</u></b>			
Enfermedad Vascular				<b><u>TICO</u></b>				Alcoholismo			
Marca Pasos				Enfermedad Osea				Abuso de Drogas			
<b><u>RESPIRATORIO</u></b>											
Asma				Artritis				Depresión			
Pneumonia				Dolor de Cuello				Problemas de Ansiedad			
Bronquitis				Dolor de Espalda							
				Enfermedad Hematológica							
Tos Crónica				Tipo de Enfermedad Hematológica:				<b><u>Profavor de una lista de sintomas adicionales:</u></b>			
Ronquera											
Traqueotomía											
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)				Salpullidos							
Tuberculosis				Infección por Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)							
<b><u>GENITOURINARIA</u></b>				moretones							
Enfermedad de Riñón				<b><u>OFTÁLMICAS</u></b>							
Falla Renal Crónica				Ceguera				<b><u>¿Diagnosticado con Cancer? ¿Que Tipo?</u></b>			

Actualmente en diálisis				Cataratas							
Infección urinaria				Glaucoma							
<b><u>ENDOCRINO/METABOLICO</u></b>				<b><u>PECHO</u></b>							
Diabetes TIPO I / TIPO II				Bultos							
Enfermedad de Tiroide				Cancer							

**¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICOS RECIENTEMENTE?**

<b>Systema</b>	<b>HOY</b>	<b>En los ultimos dos meses</b>	<b>PORFAVOR INDIQUE CUAL DE ESTOS PROBLEMAS ESTAN RESUELTOS MARCANDO "RESOLVED," o usted puede explicarlo.</b>
<b><u>GASTROINTESTINAL</u></b>			
Diarrea			
Constipación			
Sangrado Rectal			
cambio en los hábitos intestinales			
Cambio de Peso			
Heces Oscuras			
Intestino Irritable			
Enfermedad de Crohn			
Colitis Ulcerosa			
Problemas al Tragar			
Nausea/Vomito			
Acidez			
Dolor Abdominal			
<b><u>HEPÁTICO</u></b>			
Enfermedad hepática terminal			
Cirrosis			
Hepatitis			
Pancreatitis AGUDA / CRÓNICA			

<b><u>PROCEDIMIENTOS</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b><u>FECHA APROXIMADA DEL PROCEDIMIENTO</u></b>	<b><u>ENCONTRARON POLIPOS?</u></b>	<b><u>ALGUN RESULTADO ANORMAL. EXPLIQUE:</u></b>
<b><u>GASTROINTESTINALES PASADOS:</u></b>					
¿HA TENIDO UNA COLONOSCOPIA EN EL PASADO?					
¿HA TENIDO UNA ENDOSCOPIA (ASGE)?					
<b><u>HA TENIDO</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b><u>FECHA(S) APROXIMADAS</u></b>		
Transfusión de Sangre?					
Donado Sangre?					
Tiene Tatuajes? (Fecha del primer tatuaje)					

¿Ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado? ____ Sí ____ No ¿Problemas con la anestesia? ____ Sí ____ No En caso afirmativo, indique:	Cirugías	Fechas	Hospitalizaciones que no fueron Cirugías	Fechas

<b>Historia Social:</b>	Alcohol: ¿Cuántas bebidas consume al día? ____ ¿Por semana? ____ ¿Por mes? ____ ¿Utiliza actualmente drogas ilícitas? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ____ ¿Ha consumido alguna vez drogas ilícitas? Sí ____ No ____ ¿Cuándo dejó de usar? ____
Consumo de tabaco: marque uno: No fumador Fumador Actual Ex fumador	Tabaco: ¿Cuántos paquetes por día? ____ ¿Por cuantos años? ____ ¿A qué edad empezó a fumar? ____ Que Año dejó de Fumar? ____
Enumere todas las alergias, incluyendo las ambientales, a los medicamentos, y a los alimentos y que reacción tuvo a una transfusión de sangre previa.	

#### HISTORIA DE FAMILIA

Indique si sus padres, hermanos, hermanas y / o hijos han tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condición	Relación	¿ Viviendo / Fallecido?	Condición	Relación	¿ Viviendo / Fallecido?	Condición	Relación	¿ Viviendo / Fallecido??
Cancer Colon/ Rectal No ____ Si ____			Problemas de Riñón No ____ Si ____			Cardiopatía No ____ Si ____		
Cancer de Estomago No ____ Si ____			Colitis ulcerosa No ____ Si ____			Enfermedad de Crohn No ____ Si ____		
Cancer de Seno No ____ Si ____			Cancer de Ovarios No ____ Si ____			Problemas de sangrado No ____ Si ____		

***Indique en esta sección cualquier problema que no hayamos abordado en este formulario:***

---



---



---



---

***\*\* Pacientes: no firmen hasta que el asistente médico haya revisado esta información con usted \*\****

Yo \_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo que según mi conocimiento la información  
Nombre del Paciente  
que he proporcionado en el formulario de historial médico es correcta. El asistente médico ha revisado la información conmigo en la habitación y acepto que esta información se convierta parte de mi historial médico permanente.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

**PARA USO DE PERSONAL DE OFICINA ÚNICAMENTE, PORFAVOR NO ESCRIBAN DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

The above information has been reviewed and discussed with the patient YES / NO	Date reviewed	Staff name/Title	Signature
Patient refused: YES / NO If Refused, Reason:			



## Formulario de acuerdo de comunicación

Estimado Paciente Valorado,

Gracias por elegir el equipo de médicos de Florida Digestive Health Specialists para participar en su atención médica.

Como participante en su atención médica, es su responsabilidad garantizar un método de comunicación claro y abierto desde nuestra oficina hasta usted. También es su responsabilidad asegurarse de que esta oficina siempre tiene una manera de ponerse en contacto con usted para comunicar los resultados de las pruebas y otros asuntos importantes relacionados con su atención médica.

Podemos recomendar/realizar estudios de diagnóstico que creemos que son importantes para su bienestar. Estos estudios son para diagnosticar sus dolencias, definir estrategias de tratamiento y mantener su salud. Al igual que con todos los estudios de diagnóstico, a veces, encontramos resultados que, si no se diagnostican o el diagnóstico se retrasa, pueden resultar en la muerte o una discapacidad grave. Algunos de estos estudios serán en el momento de un problema activo, y otras veces se recomendará para el futuro.

Intentamos contactar a cada paciente con los resultados de estudios de diagnóstico y recordatorios para problemas de seguimiento. En última instancia, si no tiene noticias de nosotros en un plazo de 14 días sobre los resultados de su examen; es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros.

Al iniciar a continuación y firmar esta carta, usted acepta lo siguiente:

(Por favor, inicialice cada línea)

1. Llame a nuestra oficina dos semanas después de cualquier estudio de diagnóstico, si no le hemos notificado los resultados. \_\_\_\_\_
2. Llame a nuestra oficina de nuevo, para cualquier problema, si no le devolvemos su llamada. \_\_\_\_\_
3. Notifique inmediatamente a nuestra oficina de un cambio de dirección y/o números de teléfono de contacto. \_\_\_\_\_
4. Mantenga un registro escrito de cuándo se programan sus estudios de diagnóstico y notifíquelo a nuestra oficina si no puede cumplir. \_\_\_\_\_
5. Mantenga un registro escrito de sus necesidades futuras de seguimiento, incluso si son diez años en el futuro. \_\_\_\_\_

Al firmar esta carta, usted acepta que las responsabilidades y obligaciones descritas en las líneas 1 a 5 son importantes para su salud futura y que cumplirá con estas obligaciones.

Gracias por confiar en nosotros con su cuidado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en imprenta

\_\_\_\_\_  
firma del paciente

\_\_\_\_\_  
fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
fecha de hoy



**Consentimiento para el consentimiento  
de comunicaciones de tratamiento  
Acuse de recibo de aviso de privacidad y  
Autorización para la divulgación de información/asignación de beneficios**

**1. Consentimiento para el tratamiento**

Yo, el abajo firmante, actuando en mi nombre o como representante legalmente autorizado de \_\_\_\_\_ (paciente) consiente por este medio el examen, pruebas diagnósticas y tratamiento por los especialistas en salud digestiva de Florida, LLP, y sus empleados y agentes (juntos, FDHS). Entiendo que el examen físico puede incluir un examen médicamente apropiado de mi área pélvica, y / o recto y doy mi consentimiento para dicho examen. Reconozco que no me han hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier examen, cuidado o tratamiento proporcionado por FDHS.

**2. Divulgación de información y asignación de beneficios**

Por la presente autorizo la liberación de mi información médica, incluyendo información de salud protegida, concerniente a mi tratamiento a cualquier pagador de terceros, incluyendo pero no limitado a planes de salud y aseguradores, Medicare, Medicaid, TRICARE y CHAMPVA para el pago Propósitos.

Además, autorizo el pago de cualquier seguro u otros beneficios que puedan ser hechos en mi nombre por cualquier parte, incluyendo cualquier plan de salud o aseguradora, Medicare, Medicaid y cualquier otro programa de atención médica federal o estatal, directamente a FDHS. Entiendo que esta asignación de beneficios no me exime de mi obligación de pagar FDHS por los cargos no cubiertos por esta asignación o no pagados por seguro o beneficios de atención médica.

Entiendo y acepto, si firmo como agente o paciente, que soy responsable y garantizo el pago de los cargos incurridos por los servicios prestados al paciente por FDHS. Además, entiendo y acepto que seré responsable del pago de cualquier importe deducible, montos de co-pagos o coseguros, o cualquier cargo que no esté cubierto o pagado por el seguro, beneficios de atención médica o pagadores de terceras partes. Acepto que los cheques devueltos estarán sujetos a una cuota de procesamiento de cheques de \$25,00. Autorizo a FDHS y a sus cesionarios a ordenar un informe de crédito al consumidor y verificar otra información de crédito. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobro para cobro, acepto pagar los costos de cobro, incluyendo honorarios razonables del abogado igual al 32% del saldo pendiente.

Autorizo a FDHS a divulgar la información médica del paciente, incluyendo la prueba del VIH y la información del tratamiento, a otras partes (que pueden incluir a los abastecedores, pagadores, socios de negocio u otras entidades) para el propósito del tratamiento, del pago o de la salud Operaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente o del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal del paciente y relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



### Consentimiento de Comunicaciones

\_\_\_\_\_(inicial) Autorizo a los especialistas de salud digestiva de Florida (FDHS) a dejar mensajes telefónicos para pacientes que pueden contener información médica en el siguiente número (s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(inicial) Autorizo a FDHS a contactar con el paciente en la siguiente dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(inicial) Autorizo a FDHS a compartir la información médica del paciente con  
\_\_\_\_\_(Nombre y relación)

### 3. Reconocimiento de recibo de aviso de privacidad

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en que ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de FDHS, que describe cómo usamos y divulgamos su información médica. Usted tiene el derecho de rechazar a firmar este reconocimiento, en el cual caso debemos documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento y la razón por la cual no fue obtenida.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente o del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal del paciente y relación con el paciente

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

#### **For Office Use Only:**

I personally delivered the Notice of Privacy Practices to the Patient named above (or authorized representative of the Patient). A written acknowledgment of receipt by the Patient or representative was not obtained for the following reason(s):

\_\_\_\_\_

Office Staff Member \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Signature of Office Staff Member]

\_\_\_\_\_  
[Date]

Estimado Paciente,

Creemos que los pacientes y personas encargadas de su cuidado medico deben tener fácil acceso a su información médica, sin importar dónde reciba atención. Es por eso que participamos en CommonWell, un servicio que permite que los miembros de la red de atención médica puedan identificarlo, mandar y recibir de manera segura su información médica, y garantizar que reciba una atención óptima.

### ¿Qué es CommonWell?

Un servicio gratuito y seguro ofrecido por su médico, de manera que su información médica puede estar disponible para usted y sus médicos, independientemente de dónde haya recibido atención. Simplemente debe inscribirse en el servicio con una licencia de conducir y luego confirmar los otros médicos de la red CommonWell que usted utiliza. No se preocupe si no tiene una identificación con foto emitida por el gobierno; todavía puede registrarse.

### ¿Cómo utilizamos la información médica que compartimos a través de CommonWell?

- **Para Coordinar su cuidado entre diferentes medicos** ----- proporcionaremos y solicitaremos recibir su información, donde y cuando sea necesaria, para que su proveedor médico brinde la atención que necesita a medida que pasa de un médico a otro.
  - Solo el personal de atención médica directamente involucrado tendrá acceso a su información médica compartida a través de CommonWell
- **Ayuda a proporciona mejores decisiones medicas** ----- con el acceso oportuno a la información de otros proveedores de atención médica que haya consultado, es posible que sus médicos puedan tomar mejores decisiones sobre su salud.
  - Esta información solo se utilizará para mejorar su cuidado y no será compartida sin su autorización o no ser que lo requiera la ley.
- **Brindar atención de manera más rápida y eficiente** ----- con menos tiempo perdido para obtener resultados u otra información médica, sus proveedores médicos pueden tratarlo de manera más eficiente y dedicar menos tiempo al papeleo y más tiempo en su cuidado.
  - Para inscribirlo en CommonWell necesitamos su ayuda para confirmar los otros médicos u hospitales que haya visitado.
- **Seguro y confidencial** ----- su información médica protegida ("PHI") siempre será confidencial y se utilizará para informar a los proveedores médicos de CommonWell. No usaremos su PHI para fines discriminatorios de ningún tipo o para negar tratamiento médico.
  - Puede optar por no recibir este servicio en cualquier momento llamando o visitando el consultorio de este médico y pidiéndoles que cancelen su suscripción en CommonWell.

☐ Aceptar

☐ Rechazar

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

MR # \_\_\_\_\_

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

#### CommonWell Health Alliance

Los servicios de CommonWell son proporcionados por la asociación comercial CommonWell Health Alliance. Estamos comprometidos a que los datos de los pacientes estén disponibles de manera segura, e inmediata a pacientes y médicos, independientemente del lugar donde se se proporcione el cuidado, para brindar una mejor atención. Estamos comprometidos a proporcionar normas que hagan esto posible y para que las empresas de tecnología de información de salud incorporen estas capacidades en sus sistemas. Etso dara como resultado: mayor calidad, un cuidado mas rapido y de mejor costo, proporcionando mejores resultados de salud. Algunos de los proveedores participantes son Allscripts, athenahealth, Cerner, CPSI, eClinicalWorks, Greenway, McKesson y Sunquest. Visite <https://www.commonwellalliance.org/connect-to-the-network/commonwell-connected-products/> para obtener una lista completa de los proveedores conectados.

**POLIZA FINANCIERA**

**Nuestra práctica se esfuerza por brindar una atención óptima y queremos asegurarnos de que comprenda completamente nuestra Política financiera.**

1. El pago de todos los copagos, deducibles y saldos pendientes del paciente deberán reembolsarse al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito mas populares. Habrá un cargo mínimo de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.
2. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
  - a. Nuestros proveedores participan con muchas compañías de seguros y otros planes de salud. Nuestro departamento de facturación presenta los reclamos y acepta la asignación de beneficios sobre estos reclamos. La compañía de seguros paga a Florida Digestive Health Specialists, LLP (FDHS) directamente por todos los reclamos presentados por nuestro servicio de facturación.
  - b. Si no aceptamos su seguro, ya que no somos miembros, usted será responsable de pagar sus cargos en el momento del servicio. Sin embargo, le proporcionaremos un resumen detallado de la cuenta de su visita para que lo envíe a su compañía de seguros. Si su compañía de seguros cubre dichos cargos, entonces la compañía de seguros le pagará directamente.
3. No todas las compañías de seguros cubren todos los servicios. Si su compañía de seguros determina que un servicio "no está cubierto", usted será responsable por el cargo total. Su pago se deberá hacer tan pronto reciba la cuenta de nuestra oficina.
4. Si proporciona información incorrecta o falsa que resulta en la negación de una reclamación, usted será responsable por los cargos y servicios prestados.
5. Facturaremos a su compañía de seguros por los servicios que le fueron brindados en un hospital. Si su compañía de seguros no paga, usted es responsable por el balance pendiente.
6. Si el abajo firmante no paga los servicios prestados y requerimos contratar una agencia de cobros, el firmante acepta ser responsable de todos los costos de la agencia de cobro, incluyendo, pero no limitado, a todas aquellas tarifas o cobros agregados por un tercero a el saldo pendiente o referido.
7. Requerimos un aviso de 24 horas para las visitas al consultorio si no puede asistir a su cita por algún motivo. Si no proporciona el aviso requerido, se le cobrará a su cuenta un cargo por no presentarse de \$50.00. Si no avisa con 72 horas de anticipación que cancelará su(s) procedimiento(s), se le cobrará una tarifa por no presentarse de \$75.00.
8. Si el paciente o la parte responsable no paga los servicios prestados según las prácticas estándar, dicha falta de pago resultará en que el proveedor del paciente/suscrito y todos los proveedores de FDHS terminen su relación de proveedor con el paciente/suscrito de acuerdo con la ley aplicable. Cualquier saldo pendiente por los servicios prestados se enviará a una agencia de cobranza.

**He Leído y entiendo la poliza financiera de FDHS, I acepto regirme por sus normas. También entiendo y acepto que FDHS tiene el derecho de modificar dichas normas en culaquier momento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Agente Responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Paciente en letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Agente Responsable (si Diferente del Paciente)



## Florida Digestive Health Specialists, LLP AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. Revísela detenidamente. Esta en su derecho solicitar y recibir una copia impresa de este Aviso.

### **Información de salud del paciente**

Según la ley federal, su información médica está protegida y es confidencial. La información medica incluye información sobre sus síntomas, resultados medicos, diagnóstico, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica también incluye información sobre pagos, facturación y seguro.

### **Cómo Usamos su Información Médica**

Usamos su información médica para tratamientos, obtener pagos, o para transacciones sanitarias, incluyendo las administrativas, y la evaluación de la calidad del cuidado que haya recibido. En algunas circunstancias nos podremos ver obligados a usar o divulgar su información medica sin su permiso.

### **Ejemplos de Tratamientos, Pagos y Transacciones Sanitarias**

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeras, médicos y otros miembros de su equipo médico anotarán información en su historial y lo utilizarán para determinar el curso médico más apropiado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que están surtiendo sus recetas y a los miembros de familia que ayudan con su cuidado.

**Pago:** Usaremos y divulgaremos su información médica con fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener la autorización de su compañía de seguros antes de brindar ciertos tipos de tratamiento. Enviaremos facturas y mantendremos registros de los pagos de su plan medico.

**Transacciones Sanitarias:** Usaremos y divulgaremos su información médica para realizar nuestras operaciones internas estándar, incluida la administración adecuada de registros, la evaluación de la calidad de tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares.

### **Usos Especiales**

Podemos usar su información para recordarle sus citas. También podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios o servicios médicos que puedan interesarle.

### **Otros Usos y Divulgaciones**

Podemos usar o divulgar su información médica por otras razones, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, se nos permite divulgar información médica sin su permiso para los siguientes propósitos:

- ***Requerido por ley:*** Es posible que la ley nos exija reportar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.
- ***Actividades de salud pública:*** como lo requiere la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con retiradas de productos peligrosos del mercado e información similar, a las autoridades de salud pública.
- ***Supervisión de la salud:*** es posible que se nos solicite que divulguemos información para ayudar en investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.
- ***Procedimientos judiciales y administrativos:*** podemos divulgar información en respuesta a una citación u orden judicial.

(continúa al revés)

- **Causas Legales:** Sujeto a ciertas restricciones, podemos divulgar la información requerida a oficiales de la ley.

- **Fallecimientos:** podemos reportar información sobre muertes a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos.

- **Serías Amenazas a la Salud o Seguridad:** Podemos usar y divulgar información cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona.

- **Funciones Militares y Gubernamentales Especiales:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

- **Investigación:** podemos usar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas.

- **Compensación Laboral:** podemos divulgar su información en casos de compensación laboral o programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

*En Cualquier Otra Circunstancia,* le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica suya. Si elige firmar dicha autorización para divulgar información, puede revocarla posteriormente para detener cualquier uso y/o divulgación en el futuro.

### **Derechos Personales**

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener el formulario correspondiente para ejercer estos derechos.

**Solicitar Restricciones:** puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero si las aceptamos, debemos cumplir con ellas,

**Comunicaciones Confidenciales:** puede solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo mandando notificaciones a una dirección postal específica, o no mandando postales recordándole sus citas médicas.

**Reclamo o adquisición de Copias:** en la mayoría

mayoría de los casos, tiene derecho a examinar u obtener una fotocopia de su información. Puede haber un pequeño cargo por las fotocopias.

**Cambio de Información:** si usted esta convencido que

- *la información de su historial es incorrecta, o se ha omitido información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información que falta.*

**Historial de Divulgaciones Previas :** puede solicitar una lista de casos en los que hemos divulgado su información médica por motivos otros que tratamiento, pagos o transacciones sanitarias.

### **Obligación Jurídica**

La ley nos obliga proteger y mantener la privacidad de su información médica, proporcionar este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigor.

### **Cambios en las Normas de Privacidad**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro Aviso y publicaremos el nuevo Aviso en la sala de espera y en cada sala de examen. También puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras normas de privacidad, comuníquese con la persona que figura a continuación.

### **Quejas**

Si le preocupa que no hayamos cumplido con sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión realizada sobre su historial, puede comunicarse con la persona indicada a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si la solicita, La persona Indicada a continuación le proporcionará la dirección adecuada. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

### **Persona de Contacto**

Si tiene alguna pregunta, solicitud o queja, comuníquese con:

Oficial Encargado: Deanne DiPasqua, 10920 Technology Terrace Lakewood Ranch, FL 34211. Correo electrónico: [compliance@fdhs.com](mailto:compliance@fdhs.com)

Número de teléfono: 941-757-4810

Fecha de Aviso: Fecha de inicio de este aviso 18 de Septiembre, 2019.

Revisado el 13 de Junio de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento de la HIPAA.

**NUESTRAS OBLIGACIONES:**

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información sanitaria protegida
- Darle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted
- Siga los términos de nuestro Aviso que está actualmente en vigor

**COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACION DE SALUD:**

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar información de salud que lo identifique ("Información de salud"). Excepto para los fines descritos a continuación, usaremos y divulgaremos Información de salud solo con su permiso por escrito. Usted puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro Oficial de Cumplimiento de la práctica.

**Para el tratamiento.** Podemos usar y divulgar Información médica para su tratamiento y proporcionarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar Información de salud a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas las personas fuera de nuestra oficina, que están involucrados en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica.

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

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar Información de salud para fines de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para asegurarnos de que la atención obstétrica o ginecológica que recibe es de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de atención médica.

**Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y salud-Beneficios y servicios relacionados.**

Podemos usar y divulgar Información de salud para contactarle y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar Información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Individuos involucrados en su cuidado o pago por su atención.** Cuando sea apropiado, podemos compartir Información de salud con una persona que esté involucrada en su atención médica o el pago de su atención, como su

familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia acerca de su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que asiste en un esfuerzo de socorro en caso de desastre.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar Información de Salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Antes de usar o divulgar Información de Salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin aprobación especial, podemos permitir que los investigadores examinen los registros para ayudarles a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no eliminen o tomen una copia de cualquier Información de Salud.

#### **SITUACIONES ESPECIALES:**

**Según lo exija la ley.** Divulgaremos Información de Salud cuando así lo requiera la ley internacional, federal, estatal o local.

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

**Asociados de Negocios.** Podemos divulgar Información de Salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar Información de salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades que participan en la adquisición, banca o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

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

**Compensación al Trabajador.** Podemos divulgar Información de salud para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de Salud Pública.** Podemos divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones

o discapacidades; reportar nacimientos y muertes; denunciar abuso o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas de los retiros de los productos que pueden estar utilizando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar Información de Salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise la

programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Propósitos de notificación de violación de datos.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su información médica.

**Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar Información de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otros procesos legales por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar Información de Salud si lo nos pide un oficial de la ley si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, citación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito, incluso si, en determinadas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en caso de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

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

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

**Servicios de Protección para el Presidente y otros.** Podemos divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de Estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

**Reclusos o Individuos en Custodia.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos

**Información de salud a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley.**

Esta liberación sería si fuera necesario: (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) la seguridad de la institución correccional.

**USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE LE DEMOS LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y OPTAR POR NO PARTICIPAR**

**Individuos involucrados en su cuidado o pago por su atención.** A menos que usted se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su salud protegida

Información que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica., Si usted no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional.

**Alivio de Desastres.** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a organizaciones de socorro en caso de desastre que buscan su Información de Salud Protegida para coordinar su atención o notificar a familiares y amigos de su ubicación o condición en un desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha divulgación siempre que podamos hacerlo.

**SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO ES NECESARIA PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información de Salud Protegida se harán solamente con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de Información Médica Protegida con fines de marketing; Y
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su Información de Salud Protegida

Otros usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida no cubiertas por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solo con su autorización por escrito. Si nos autoriza, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad/Cumplimiento, y ya no divulgaremos Información de Salud Protegida bajo la autorización. Pero la divulgación que hicimos en base a su autorización antes de revocarla no se verá afectada por la revocación.

**SUS DERECHOS:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la Información de Salud que tenemos sobre usted:

**Usted tiene derecho** a inspeccionar y copiar la Información de salud que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su atención o pago por su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, aparte de las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta Información de Salud, usted debe su solicitud, por escrito, al Administrador de su médico. Tenemos hasta 30 días para poner su Información de Salud Protegida a su disposición, y podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, correo u otros suministros asociados con su solicitud. No podemos cobrarle una tarifa si usted necesita la información para una reclamación de beneficios bajo la Ley de Seguro Social o cualquier otro estado del programa federal de beneficios basados en necesidades. Podemos denegar su

solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a que una atención médica con licencia revise profesional que no estuvo directamente involucrado en la denegación de su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a una Copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos.** Si su Información de Salud Protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro de salud electrónico), usted tiene el derecho de solicitar que se le dé una copia electrónica de su registro o transmitido a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su Información de Salud Protegida en el formulario o formato que solicite si es fácilmente producible en tal forma o formato. Si la Información de Salud Protegida no es fácilmente producible en el formulario o formato, usted solicita su registro se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o, si no desea este formulario o formato, un formulario de copia impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en costos por la mano de obra asociada con la transmisión del registro médico electrónico.

**Derecho a recibir notificación de una infracción.** Usted tiene derecho a ser notificado por incumplimiento de cualquiera de sus informaciones de salud protegida no seguras.

**Si usted** siente que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud, por escrito, para el Administrador de su médico.

**Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de Información de Salud para fines distintos del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o para las que proporcionó autorización por escrito. Para solicitar una contabilidad de las divulgaciones, debe hacer su solicitud, por escrito, al Administrador de su médico.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la Información de Salud que usamos o divulgamos para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la Información de Salud que divulgamos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud, por escrito, al Administrador de su médico. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que nos pida que restrinjamos el uso y la divulgación de su Información de Salud Protegida a un plan de salud para fines de pago o de operación de atención médica. Dicha información que desea restringir se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que nos haya pagado "de su propio bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

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

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe su solicitud, por escrito, el Administrador de su médico. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodaremos solicitudes razonables.

**Derecho a una copia en papel de este aviso.** Usted tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, [www.fdhs.com](http://www.fdhs.com). Para obtener una copia impresa de este Aviso, póngase en contacto con el Administrador de su médico.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y hacer que el nuevo Aviso se aplique a la Información de Salud que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro Aviso actual en nuestra oficina. El Aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la parte superior derecha Esquina.

#### **QUEJAS:**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra oficina, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento. Todas las quejas deben hacerse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.** Para presentar una queja ante el Secretario, envíela por correo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201.

---

Nombre del paciente impreso

---

Firma del paciente

---

La fecha de hoy