



Tri-County Family	Datos o informacion del paciente y responsabilidades de financiamiento acordados				
<b>Información adicional del paciente</b>					
<b>Estado Marital</b>	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<b>Estatus de empleo del paciente</b>	<input type="checkbox"/> Jornada Completa		<input type="checkbox"/> Media Jornada	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Estatus de empleo esposo(a)</b>	<input type="checkbox"/> Jornada Completa		<input type="checkbox"/> Media Jornada	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Estatus del estudiante</b>	<input type="checkbox"/> Jornada Completa		<input type="checkbox"/> Media Jornada	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Nombre de la farmacia que ofrece el descuento de la receta médica:</b>	Jackson Drugs				
<b>Prefiere otra farmacia? Cual farmacia?</b>					
<b>Idioma</b>	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro		
<b>Necesita interprete?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<b>¿Esta usted sin hogar</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Agricultura / Trabajo de Campo = Cultivo de la tierra en todas sus areas, incluyendo cultivo, labrando, crecimiento, cosechando, preparacion y procesamiento para almacenamiento. (Cualquier paciente que se jubile como emigrante, permanezca emigrante)</b>					
<i>En los ultimos 2 años usted o la persona de la cual dependa:</i>					
Asido contratado(a) para trabajar en el campo o pisar fruta?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Trabajado en el campo todo el año o estacionalmente?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Ganado la mayor parte de su ingreso haciendo trabajo de campo?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Paso una noche fuera de casa realizando trabajo de campo?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Grupo Etnico</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Negro		
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Otro	
<b>Numero de licencia de conducir</b>			<b>Veterano?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Cómo supo acerca de nosotros?</b>					
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> TMH Hospital	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Outreach	<input type="checkbox"/> Guía telefónica	<input type="checkbox"/> Radio
<b>En caso de emergencia</b>					
<b>Nombre:</b> _____			<b>Relacion:</b> _____		
<b>Telefono de casa:</b> (____) _____			<b>Telefono de trabajo:</b> (____) _____		
<b>Dirección de Calle:</b> _____					
<b>Ciudad:</b> _____		<b>Estado:</b> _____		<b>Codigo:</b> _____	
<b>Dirección de Correo:</b> _____					
<b>Ciudad:</b> _____		<b>Estado:</b> _____		<b>Codigo:</b> _____	
<b>Nota/Direcciones especiales:</b> _____					
<b>Consentimiento Para Tratamiento y Responsabilidad Financiera</b>					
<p>Yo/Nosotros concedo por este medio el permiso para dar atención médica a mi o a mi hijo/a para cualquier enfermedad o lesión que pueda sostener. Yo/Nosotros autorizo a Tri-County Family Health Care para dar información del historial medico (mío o de mi hijo/a), diagnosis y tratamiento a la compañía de seguro con respecto a mi demanda por beneficios. Sin embargo, si el asegurado dicho no puede resolver esta obligación entera o parcialmente, o si no tengo seguro, acuerdo ser responsable del honorario y de los costos implicados en el tratamiento del paciente arriba nombrado. Yo/Nosotros autorizamos los pagos directamente por el servicio médico a Tri-County Family Health Care y entiendo que si mi cuenta se refiere una agencia de colección yo seré responsable de todos los honorarios y costos incurridos en esto. Yo/Nosotros autorizo a Tri-County Family Health Care para actuar en mi favor en pedir mi expediente médico del hospital cuando sea necesario.</p>					
Fecha _____			Firma de por vida del paciente, padre o guardian legal _____		

*North Florida Medical Centers, Inc.*

**Historial de Salud Pediatrico**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Previo Proveedor de Salud del Niño(a): \_\_\_\_\_

Actuales preocupaciones de Salud: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Alergias/Reacciones a Medicamentos o Vacunas: \_\_\_\_\_

**EMBARAZO Y NACIMIENTO**

Este niño(a) es suyo por:  Nacimiento  Adopcion  Hijastro(a)  Cuidado Temporal  Otro \_\_\_\_\_

Porfavor indique cualquier problema durante el embarazo:  Ninguno  Especifique: \_\_\_\_\_

Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parto por:  Parto Vaginal  Cesarea  No sabe

Si Cesarea, porque? \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento:  Hospital  Clínica de la natalidad  Casa  Ambulancia  Taxi/Coche  Otro \_\_\_\_\_

Hospital del nacimiento/nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_

Porfavor indique cualquier problema medico durante el period de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ALIMENTACION**

Pecho  Biberon  Formula o  Tipo de leche \_\_\_\_\_

**DORMIR**

Cualquier tipo de problemas al dormir? \_\_\_\_\_

**DESAROLLO**

A que edad su hijo(a): Sento solo(a) \_\_\_\_ Camino Solo(a)\_\_\_\_ Dijo palabras \_\_\_\_ Entrenado par air al baño \_\_\_\_

Edad de la primera menstruacion: \_\_\_\_\_ Sexualmente activo?  Si  No

Partida de la natalidad?  Si (Tipo) \_\_\_\_\_  No Uso de perservativo?  Si  No

**HISTORIAL DENTAL**

El niño(a) esta viendo un dentist rugular?  No  Si Fecha de ultima Visita: \_\_\_\_\_

**VACUNAS Y ENFERMEADES INFECCIOSAS**

Las vacunas estan al coriente?  No  Si (Porfavor triga el record de vacunas a la cita de su hijo(a))

Su hijo(a) a tenido:  Varicela  Sarampión  Paperas  Sarampion  Meningitis

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**EXPUESTOS Y HABITOS**

Alguna preocupacion de expuesto(a) a plomo?  No  Si

Algun miembro de la familia fuma?  No  Si

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE** (Porfavor describa cualquier mayor problema medico y fechas)

Hopitalisaciones /Sirugias (con fechas): \_\_\_\_\_

Leciones Severas (con fechas): \_\_\_\_\_

Enfermedades Cronicas:  Asma  Alergias  Migraña  Condiciones Geneticas: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR** (Porfavor marque cualquier historial familiar de los siguientes):

<b>HISTORIAL FAMILIAR</b>	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>HRM.</b>	<b>HRMA.</b>
<b>Alcoholismo</b>				
<b>Asma</b>				
<b>Defectos de Nacimiento</b>				
<b>Problemas de sangrado</b>				
<b>Ceguera</b>				
<b>Desorden de los huesos</b>				
<b>Cancer</b>				
<b>Enfermedades Desabilitantes Cronicas</b>				
<b>Sordera antes de edad 5</b>				
<b>Desordenes progresivos</b>				
<b>Diabetes mellitus</b>				
<b>Muerte Temprana</b>				
<b>Enfermedades Geneticas</b>				
<b>Enfermedad del Corazon</b>				
<b>Desorden Psiquiatrico</b>				
<b>Epilepsias</b>				

**HISTORIAL SOCIAL**

Con quien vive el niño(a)? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE ESCUELA / COMPORTAMIENTO**

Cualquier preocupacion hacerca del funciuamiento escolar? \_\_\_\_\_

Cualquier preocupacion hacerca del comportamiento? \_\_\_\_\_

**Cualquier otra informacion que le gustaria que supieramos?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**North Florida Medical Centers, Inc.**  
**HISTORIAL DE PACIENTE NUEVO**

*Porfavor llene las siguientes secciones completamente y correctamente para poder proveerle el mejor cuidado de calidad.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Previo Hospitalizaciones y Fechas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA (Tiene usted o ha tenido uno de los siguientes?):**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demencia por alcohol<br><input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Bipolar<br><input type="checkbox"/> Vejiga cáncer<br><input type="checkbox"/> Enfermedad sangría<br><input type="checkbox"/> Cáncer del Seno<br><input type="checkbox"/> Infecciones Bronchiopulmonares<br><input type="checkbox"/> Cáncer del Cervical<br><input type="checkbox"/> Dolor de Pecho<br><input type="checkbox"/> Anormalidades congénitas | <input type="checkbox"/> Paro cardíaco congestivo<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> COPD<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Diabetes melitus<br><input type="checkbox"/> Cáncer del Esófago<br><input type="checkbox"/> Enfermedad Corazón<br><input type="checkbox"/> Hepatitis (A)(B)(C)<br><input type="checkbox"/> Exposición a Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Presión arterial elevada<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA exposición<br><input type="checkbox"/> Hyperlipidemia<br><input type="checkbox"/> Hipertensión<br><input type="checkbox"/> Cáncer del Riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón<br><input type="checkbox"/> Laringea cáncer<br><input type="checkbox"/> Hígado, Estomago, Intestinal<br><input type="checkbox"/> Pulmón cáncer<br><input type="checkbox"/> Migrañas<br><input type="checkbox"/> Obsesiva Compulsiva<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson<br><input type="checkbox"/> Cáncer de la Próstata<br><input type="checkbox"/> Embolismo Pulmonar<br><input type="checkbox"/> Cáncer Rectal<br><input type="checkbox"/> Réflex/GERD<br><input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente<br><input type="checkbox"/> Sinusitis<br><input type="checkbox"/> Cáncer de la Piel<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de la Piel<br><input type="checkbox"/> Cáncer Testicular<br><input type="checkbox"/> Thrombophlebitis<br><input type="checkbox"/> Cáncer Tiroides<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del Tiroides<br><input type="checkbox"/> TIA o movimiento<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)<br><br><b><u>Otro:</u></b><br>_____<br>_____ |
|--|---|--|--|

**HISTORIAL QUIRURGICO**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominal<br><input type="checkbox"/> Angioplastia<br><input type="checkbox"/> respiración ortic del aneurysm<br><input type="checkbox"/> Apendectomia<br><input type="checkbox"/> Arthroscopia de la rodilla<br><input type="checkbox"/> Cirugia de Espalda<br><input type="checkbox"/> Vejiga<br><input type="checkbox"/> Biopsia del Pecho<br><input type="checkbox"/> Cardiothoracic, otro<br><input type="checkbox"/> Túnel carpiano<br><input type="checkbox"/> Catarata/Lente<br><input type="checkbox"/> Implante | <input type="checkbox"/> Cholecystectomia<br><input type="checkbox"/> Colostomia, parcial<br><input type="checkbox"/> CABG<br><input type="checkbox"/> Parto por cesarea<br><input type="checkbox"/> ENT<br><input type="checkbox"/> Gastrica, otra<br><input type="checkbox"/> Gastroplastia, bariatrica<br><input type="checkbox"/> Hernia<br><input type="checkbox"/> Reposicion Cadera<br><input type="checkbox"/> Histerectomia<br><input type="checkbox"/> Puente intestinal<br><input type="checkbox"/> Coyuntura reposicion<br><input type="checkbox"/> Riñón, otro | <input type="checkbox"/> Laminectomy/discectomy<br><input type="checkbox"/> Lithotripsy<br><input type="checkbox"/> Mastectomia<br><input type="checkbox"/> Neurocirugia<br><input type="checkbox"/> Ophorectomy<br><input type="checkbox"/> Adherencias abierta las de la lisis<br><input type="checkbox"/> Orthopedico, otro<br><input type="checkbox"/> Piel/Dermal<br><input type="checkbox"/> Próstata<br><input type="checkbox"/> Pequeña resección del intestino | <input type="checkbox"/> Tiroideo<br><input type="checkbox"/> Tonsilectomia<br><input type="checkbox"/> Tubal ligation<br><input type="checkbox"/> TURP<br><input type="checkbox"/> Ulcera<br><input type="checkbox"/> Cirugias previas - Explique:<br>_____<br>_____<br>_____ |
|--|---|---|--|

**HISTORIA SOCIAL**

- Profesion:** \_\_\_\_\_
- Vivo Situación:**  cónyuge  solo  con padres  con niño/familia  en residencia de ancianos  otros \_\_\_\_\_
- Sexualmente activo?**  Si  No Partida de la natalidad?  Si (Tipo) \_\_\_\_\_  No  
 Uso de perservativo?  Si  No
- Habitación:** Sueño bueno?  Si  No, razón \_\_\_\_\_
- Practica preventiva salud?**  Si  No **Ejercicio:**  Si  No Si si, días/semana \_\_\_\_\_
- Pasatiempos:**  Si  No Si si, que? \_\_\_\_\_
- Historia Viajes:** Donde? \_\_\_\_\_ Método de viajes: \_\_\_\_\_
- Cafeina Uso:**  Café \_\_\_\_\_ taza/dia  Te \_\_\_\_\_ taza/dia  Cola \_\_\_\_\_ taza/dia  
 Chocolate \_\_\_\_\_ barras/dia  Sin receta pastillas para 'mentenerse despierta'

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alcohol Uso:**  Nunca  Previo pesado uso  Social  
 Cerveza  Vino  Duro licores Por día/semana \_\_\_\_\_  
 Consideración moderada  Enfadado le hablar  Sentirse culpable  
 Usar 'para tomar ritmo' en la am  Uso para síntoma alivio

**Tabaco Uso:**  Previo fumador  Cigarrillo: paquete por día \_\_\_\_\_  Nunca fumador  
 Mascar tabaco  Dip tabaco Edad principio \_\_\_\_\_ Edad parade \_\_\_\_\_

**Droga Uso:**  Marihuana  Cocaína  Intravenoso  Otro \_\_\_\_\_  Nunca usado  No mas usandolo

**Dieta:**  Tomando medicamentos para perder peso  Tomando vitaminas  Nutritivamente/Satifecho  
 Necesita mejoramiento  Cambio reciente  Vegetariano  Otro \_\_\_\_\_

**Violencia en el hogar:** Has tu Gloria físicamente o emocionalmente abuso?  Si  No  
 Si, si porfavor explique brevemente: \_\_\_\_\_

**Alguna otro información tu puedes como nos una saber:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **HISTORIA FAMILIA**

Porfavor marque (√) todos los que apliquen

HISTORIA FAMILIA	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA	HIJO	HIJA
Alcoholismo						
Anaemia						
Arthritis						
Asma						
Dolor de espalda						
Partida defecto						
Sangrar problema						
Cancer						
Cronico invalidism enfermedad						
Sordera antes edad 5						
Diabetes						
Prematuro muerte						
Enfermedad genetico						
Bocio						
Ataque al Corazon						
Enfermedad cardiac						
Hipertensión						
Enfermedad renal						
Enfermedad mental						
Migraña						
Multiple partos						
Polipo						
Derrame cerebral						
Tiroideo síndrome						
Otro:						

**Madre** Edad: \_\_\_\_\_

**Madre** finada edad: \_\_\_\_\_

**Padre** Edad: \_\_\_\_\_

**Padre** finado edad: \_\_\_\_\_

Tu prestar con **Avance Directiva?**

Si  No

Si Si, Fecha Prestar: \_\_\_\_\_

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

**Tu fármaco alérgico:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tu presente medicacions:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento Para el Uso y Declaración de Información de Salud Individualmente Identificable para Tratamiento, Pagos y/o Funciones de Asistencia Médica**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi cuidado médico, North Florida Medical Centers, Inc. (NFMC), recibe, inicia, mantiene, revela, y utiliza información que me identifica y la cual incluye pero no esta limitada a mi historia de salud, síntomas, exámenes y sus resultados, diagnostico, tratamiento, facturación, e información sobre mi seguro. Entiendo que NFMC, sus médicos, otros profesionales y su personal, pueden utilizar esta información para llevar a cabo las siguientes funciones:

- Diagnosticar mi condición médica, psiquiátrica, y psicológica.
- Planear mi cuidado y tratamiento.
- Comunicarse con otros profesionales de salud sobre mi cuidado.
- Facturar los servicios prestados para pagos y reembolsos.
- Proveer cuidado medico de rutina y asegurarse que los colegas médicos estén de acuerdo con este plan do cuidado.
- Investigar para mejorar la calidad [de salud] y reducir el costo de la asistencia médica.

Me han dado una copia del **Aviso Sobre las Prácticas de Información** (Notice of Information Practices) explicándome el uso y las maneras en que NFMC utilizara la información medica que me identifica. Entiendo que tengo el derecho a revisar este **Aviso** antes de firmar el consentimiento. NFMC me a dado suficiente tiempo para revisar el **Aviso** y ha contestado mis preguntas a satisfacción. También entiendo que NFMC no puede utilizar ni revelar mi información de ninguna otra manera aparte de lo especificado en el **Aviso**. Sin embargo, también entiendo que NFMC posee el derecho de hacerle cambios al **Aviso** sobre los detalles concernientes a sus prácticas (para usos y revelaciones que ocurren después del cambio) si colocan una copia de estés cambios al **Aviso** en un lugar visible en sus centros médicos.

Entiendo que no tengo que estar de acuerdo con la utilización o declaración de la información que me identifica para recibir tratamiento, hacer pagos, u otras operaciones de asistencia médica, pero en tal caso, NFMC puede negarme los servicios médicos a menos que las leyes estatales o federales ordenen que NFMC me preste estos servicios.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar que se restrinja el uso o revelación de mi información de salud para recibir tratamiento, hacer pagos, u otras operaciones de asistencia médica. También entiendo que NFMC no tiene que estar de acuerdo con la restricción que solicito, pero de no estar de acuerdo, tiene que atenerse a la restricción a menos que yo solicite que se quite dicha restricción o que NFMC me notifique que no continuará aceptando mi solicitud.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que se restrinja la manera de como se comuniquen conmigo. Entiendo que puedo revocar el consentimiento por escrito, pero esta revocación no se hará efectiva hasta que NFMC tome todas las medidas dependientes de mi consentimiento anterior.

Solicito las siguientes restricciones al uso o declaración a la información de salud que me identifica

\_\_\_\_\_

Me opongo a usos y declaraciones por las siguientes razones:\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**North Florida Medical Centers, Inc.**  
**Aviso de Métodos de Información**

ESTE AVISO INDICA COMO PUEDE SER REVELADA INFORMACION MEDICA SOBRE Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

**Como Entender la Información en su Record de Salud**

Cada vez que visita el hospital, un médico u otro asistente médico anota su visita. Esta anotación contiene su historia de salud, síntomas, exámenes y resultados, diagnóstico, y un futuro plan de tratamiento. Esta información, o record médico, tiene las siguientes funciones:

- Base para planear su cuidado y tratamiento
- Modo de comunicación entre profesionales de salud contribuyentes a su cuidado.
- Usted y una tercera persona pueden verificar que recibió los servicios que le están cobrando.
- Método para educación médica
- Método de información para oficiales de salud con la labor de mejorar la salud de la regiones donde laboran.
- Método de asesorar la calidad de cuidado que ha recibido
- Método para mejorar la calidad de asistencia médica y lograr mejores resultados del paciente

Entender el contenido de su record de salud y como esta información le puede ayudar a:

- Asegurar que este correcta y completa
- Entender quienes, adonde, y porque otros pueden obtener acceso a su información de salud
- Llegar a un acuerdo sobre darle autorización a otras personas
- Mejor entendimiento de los siguientes derechos de información de salud

**Sus Derechos Bajo la Norma Federal de Privacidad**

Aunque su record de salud es propiedad del médico quien completó la información, usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información:

- Pedir restricciones sobre el uso y revelación de su información de salud para el tratamiento, pagos, y funciones de asistencia médica. “Funciones de Asistencia Médica” son necesarias para dirigir las funciones de asistencia médicas rutinarias y asegurar que el personal este de acuerdo con los procedimientos. El derecho de pedir restricciones no aplica al uso o declaraciones permitidas o requeridas bajo las siguientes secciones de la ley federal de privacidad: 164.502(a)(2)(i) (revelaciones a usted), 164.510(a) (para directivos pero usted tiene el derecho de oponer al uso), o 164.512 (uso y revelaciones sin consentimiento ni autorización). Según el último, el uso y declaración, por ejemplo, si es requerido por la ley, tal como enfermedades contagiosas. En ese caso, usted no tiene el derecho a pedir restricciones. El acuerdo de usar y revelar su información de salud individualmente identificable es razón para pedir la restricción. Sin embargo, no tenemos que estar de acuerdo con la restricción. En tal caso, tenemos que tomarla en cuenta a menos que usted pida lo contrario, o le notifiquemos con anticipación. También puede pedir que nos comuniquemos con usted alternativamente, y si su solicitud tiene validez, la tenemos que honrar. Puede pedir restricción u otros métodos de comunicación en el formulario de consentimiento para tratamiento, pagos, y funciones de asistencia médicas.
- Aunque se haya puesto una copia en un lugar accesible en el/ los centros médicos, usted tiene el derecho de solicitar una copia para uso personal.

Revisar y reproducir su información de salud cuando la solicite. Nuevamente, este derecho no es absoluto. En ciertas ocasiones le podemos negar acceso si usted puede causar daño. Usted no tiene derecho de acceso a las siguientes:

- Anotaciones de psicoterapia,. Estas anotaciones son de médicos especialistas en salud mental quienes documentan y analizan conversaciones con grupos profesionales y durante sesiones de asesoramiento familiar, que son aparte de su record medico.
- Información recopilada para uso en casos civiles, criminales o acciones administrativas.
- Información de salud protegida sujeto a Endmiendas Para el Mejoramiento de Laboratorios Clinicos de 1988, 42 U.S.C. , Sección 263a, que al darle acceso sería contra la ley.
- Información recibida de personas que no son proveedores de salud bajo una promesa confidencial y al solicitarla revelaría la fuente de información.

En ciertas ocasiones le podremos negar acceso, pero en tal caso, tendremos que darle una explicación del porque se lo negamos. Esta explicación de negarle el acceso tiene las siguientes razones:

- Un profesional de salud, tal como su médico, ha determinado que darle acceso puede poner en peligro la vida o salud física de usted u otra persona.
- La información de salud protegida le hace referencia a otra persona (aparte de un proveedor de salud) y un médico profesional han determinado que al darle acceso puede causarle daño a otra persona.
- La solicitud viene de su representante personal y un médico profesional ha determinado que al darle acceso puede causarle daño a usted o a otra persona.

Para estas explicaciones un profesional médico tiene 60 días para revisar la decisión del proveedor por su razón de porque le niega el acceso. Si le negamos acceso, le explicaremos la razón, y cuales son sus derechos, las gestiones, y como lograr recibir la explicación. Si le damos acceso le informaremos como adquirir el acceso. Reservamos el derecho de cobrarle un cargo razonable a base de costo por hacerle fotocopias.

- Solicitar una modificación/corrección de su información de salud. No le tenemos que conceder la solicitud bajo las siguientes condiciones:
  - El record médico no fué creado por nosotros. En tal caso, como en una consulta de otro proveedor de salud, nosotros no creamos el record, y no sabemos si esta correcto. Entonces usted tendría que obtener la modificación/corrección de la persona quien creó el record. Si la persona modifica o corrige el record, nosotros pondremos el record corregido en nuestros archivos.
  - Los records no estan disponibles a usted como indicado previamente.
  - El record está correcto ni completo.

Si le negamos su solicitud de modificación/corrección, le notificaremos la razón, como puedo apegar una declaración de desacuerdo en su records (el cual podemos refutar) y como puede hacer una denuncia. Si le concedemos su solicitud, haremos la corrección y la distribuiremos a aquellos que la necesiten y tambien a las personas que usted nos indique que la necesitan.

- Obtener un informe de usos no rutinarios y declaraciones, aparte de esos para tratamiento, pagos, y asistencia médica. No tenemos que dar informes sobre las siguientes declaraciones:
  - A usted para revelación de información de su salud protegida.
  - Para el directivo o personas involuncradas en su cuidado o para propósitos de notificación como lo estipulado en Sección 164.510 del reglamento de privacidad federal (usos y declaraciones que requieren que la persona tenga la oportunidad de acordar o oponer, incluyendo miembros de familia, representantes personales, u otras personas responsables por su cuidado, condición general, o muerte.)
  - Para razones de seguridad nacional, o propósitos de inteligencia bajo Sección 164.512(k)(2) del reglamento de privacidad federal (declaraciones que no requieren consentimiento, autorización, u oportunidad para oponer.)
  - A instituciones correccionales o officials de la ley [policías] bajo Sección 164.512(k)(5) del reglamento de privacidad federal (declaraciones que no requieren consentimiento, autorización, u oportunidad para oponer.)

- Que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003.
- Tenemos que mander el reporte dentro de 60 días. El reporte tiene que incluir la siguiente información:
- Fecha de cada declaración.
  - Nombre y dirección de la organización o persona que recibió la información de salud protegida.
  - Una breve descripción de la información declarada..
  - Un breve informe por la razón de la declaración que le informa el porque de la declaración o, en lugar del informe, una copia de su autorización por escrito o una copia del la solicitud por escrito para obtener la declaración.
- Revocar su consentimiento o autorización para el uso o declarar información de salud excepto al extremo que hemos tomado acción en confianza en el consentimiento o autorización.
  - Mandar una denuncia a NFMC y a HHC si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad del NFMC al (850) 385-4494 para poner una denuncia. NFMC no va a vengarse contra personas por hacer una denuncia.
  - Disputas no resueltas por el proceso de denuncia seran resueltas por arbitración obligatoria en Tallahassee, Florida, bajo los reglamentos de La Asociación Americana de Arbitración con cada persona pagando los costos de un abogado.

### **Nuestras Responsabilidades bajo la Norma Federal de Privacidad**

Además de proveerle sus derechos, como previamente mencionado, según la norma federal de privacidad tenemos que tomar las siguientes medidas:

- Mantener la privacidad de su información de salud, inclusive implementar salvoconducto razonable y apropiado, físico, administrativo, y tecnico para proteger la información.
- Darle este aviso en cuanto a nuestra obligación legal y prácticas de privacidad con respecto a información de salud individualmente identificable que colectamos y mantenemos de usted.
- Guiarnos por las condiciones de esta aviso.
- Educar nuestro personal sobre la privacidad y la confidencialidad.
- Implementar una poliza de autorización y castigar aquellas personas quienes violan la privacidad/confidencialidad o nuestras polizas referente a ello.
- Mitigar (reducir el daño a) qualquiera violación de privacidad/confidencialidad.

No usaremos ni revelaremos su información de salud sin su consentimiento o autorización, excepto como lo definido en este Aviso o requerido por ley.

### **Como Acudir mas Información o Reportar un Problema**

Si usted tiene alguna pregunta or requiere mas información puede ponerse en contacto en el Oficial de Privacidad o el Jefe Ejecutivo al 850-385-4494.

### **Ejemplos de Declaraciones para Tratamiento, Pagos, o Funciones de Salud**

- *Si nos da consentimiento, usaremos su información de salud para su tratamiento.* Por ejemplo: Un médico, asistente médico, terapeuta o un consejero, enfermera, u otro miembro de su equipo de salud anotará la información en su record, hace un diagnosis de su condición, y determina el major tratamiento para usted. Su médico principal ordenará el tratamiento y anotará lo que el o ella espera que los otros miembros del cuerpo de salud hagan para atenderlo. Entonces los otros miembros documentaran las acciones tomadas y sus observaciones. De esa manera, su médico principal tiene conosimiento a como usted esponde al tratamiento. También le daremos copias de su records a otros profesionales de salud para asistirlos en su tratamiento una vez deje de estar bajo tratamiento con nosotros.
- *Si nos da consentimiento, usaremos su informacion de salud para facturación.* Por ejemplo: Podremos enviarle a usted una factura, o a una tercera persona tal como su aseguradora de salud. La información adjunto a la factura puede incluir información indenticandolo a usted, su diagnosis, los tratamientos administrados, y los materiales que se utilizaron.

- *Si nos da consentimiento, usaremos su información de salud para funciones de salud.* Por ejemplo: Miembros del cuerpo médico, la persona encargada de riesgo o mejoramiento de calidad, o miembros del cuerpo de asegurar la calidad, pueden usar la información en su record de salud para asesorar su cuidado y los resultados de sus casos, y la aptitud de los proveedores de salud. Usaremos esta información para continuar mejorando la calidad y eficacia de nuestros servicios de salud.
- *Asociados de Empresas:* Nosotros proveemos algunos servicios por medio de contratos con asociados de empresas. Ejemplos: ciertos diagnósticos de exámenes, servicios de fotocopadoras para hacer fotocopias de records médicos, y semejantes. Al usar estos servicios podemos revelarle su información de salud a los asociados de empresas para que se puedan lograr las funciones con ellos bajo contrato, y para enviárselos a usted o a la tercera persona por los servicios rendidos. No obstante, para poder proteger su información de salud, requerimos que los asociados de empresas protejan su información.
- *Directorio:* A no ser que nos notifique que se opone, usaremos su nombre, lugar, condición general, y afiliación religiosa para uso del directorio. Podemos darle esta información a miembros de la iglesia, excepto para afiliación religiosa, a otras personas quienes preguntan por usted personalmente
- *Notificación:* Podremos usar o revelar información para notificar o asistir a miembros de familia, un representante personal, u otra persona responsable por su cuidado, su situación o condición general.
- *Comunicación con Familiares:* A no ser que se oponga, profesionales de salud, bajo su mejor decisión, pueden revelarle su información a familiares, personas de confianza, o cualquier otra persona quien usted identifique información de salud pertinente a su cuidado.
- *Estudios:* Podremos revelar información para estudios, solo si sus estudios han sido aprovaods por una junta revisadora institucional que ha revisado la propueta y ha establecido protocolos que aseguran su información de salud.
- *Directores de Funerarias:* Podemos revelar información de salud aplicables por ley a directores de funerarias para que pueden ejercer sus labores.
- *Mercadeo/Continuidad de Cuido:* Podremos contactarlos para recordarles de citas médicas, o alternativas de tratamientos, o cualquier otros beneficios de salud que puedan interesarle.
- *Recaudación de Fondos:* Podemos contactarlo para propósitos de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de solicitar para no recibir estas solucitides para recaudación de fondos.
- *Administración de Drogas y Alimentos (ADA):* Podremos revelarle a la ADA información de salud que pretienen a efectos/eventos adversivos con respecto a alimentos, drogas, suplementos, productos o productos defectuosos, y facilitar la rellamada de productos, reparos, y reemplazo.
- *Compensación Legal por Accidentes de Trabajos:* Podemos revelar información de salud al extremo según autorizado y hasta el extremo necesario para cumplir con las leyes pertenecientes a la compensación legal por accidentes de trabajos u otros programas similares establecidos por ley.
- *Salud Pública:* Según la ley, podemos revelar su información de salud a oficiales de salud o legales encargados de prevenir o controlar enfermedades, lastimos, o incapacidad.
- *Institución Correccional:* Si usted es reo/preso de una institución correccional, podemos revelarle a la institución o a sus agents la información de salud necesaria para su salud o por la salud y seguridad de otros individuos.
- *Ejecución de la Ley:* Podemos revelar información de salud para propósitos de ejecuciones de la ley, requeridos por ley, o respondiendo a una citación válida.
- *Agencias de Cuidado de Salud y Autoridades de Salud Pública:* Si algún miembro de nuestro personal de labores o un asociado de empresa en buena fe piensa que nos hemos dedicado a

comportamientos ilegales o hemos violado normas profesionales o médicas que potencialmente pueden poner en peligro uno o más pacientes, trabajadores, o el público, podrán revelar su información de salud a agencias de cuidado de salud y/o autoridades de salud pública tal como el departamento de salud.

- *El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos:* Bajo las normas de privacidad, tenemos que revelar su información de salud al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos según necesario para determinar nuestra conformidad a esas normas.  
Fecha de Vigencia: 14 de abril de 2003.

Joel Montgomery, Jefe Ejecutivo  
North Florida Medical Centers, Inc.

**RESERVAMOS EL DERECHO DE HACERLE CAMBIOS A NUESTRAS PRACTICAS Y HACERLE TODAS LAS PROVISIONES EFECTIVAS PARA TODA INFORMACION DE SALUD IDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE QUE MANTENEMOS. SI CAMBIAMOS NUESTRAS PRACTICAS DE INFORMACION, PONDREMOS EL AVISO NUEVO EN LOS CENTROS MEDICOS.**

# **RESUMEN DE LA DECLARACION DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES DE LA FLORIDA**

Las leyes de la Florida requieren que su proveedor de cuidados de salud o las instalaciones que proveen cuidados de salud reconozcan sus derechos mientras usted recibe cuidados de salud y que usted respete el derecho de su proveedor de cuidados de salud y de las instalaciones de cuidados de salud de esperar ciertas normas de conducta por parte de los pacientes. Usted puede pedirle una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de cuidados de salud o a cualquier instalación que provee cuidados de salud. Un resumen de sus derechos y de sus responsabilidades aparece a continuación.

## **LOS CENTRES DEL FLORIDA DE NORTE, Inc.**

### **DECLARACION DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES**

**MISIÓN:** Para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria de calidad para las poblaciones subatendidas y para incrementar la participación de valor con un motivado y preparado de trabajo.

#### **EL PACIENTE TIENE EL DERECHO DE:**

1. Que se le trate con respeto y cortesía, reconociendo su dignidad individual y protegiendo su necesidad a la privacidad.
2. Que se le contesten sus preguntas y se responda a sus deseos rápida y razonablemente.
3. Saber quien le provee servicios médicos y quien se responsabiliza por su cuidado.
4. Saber que servicios médicos y quien se responsabiliza por su cuidado.
5. Saber que servicios de apoyo existen para el paciente, incluso el saber si hay un intérprete a su disposición si no habla inglés.
6. Saber que reglas y reglamentos conciernen su conducta.
7. Que su proveedor de cuidados de salud le de información respecto al diagnóstico, planes de curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronósticos.
8. Rehusarse a recibir tratamiento, excepto en casos prescritos por la ley.
9. Recibir, si lo pide, información completa y el asesoramiento necesario sobre la existencia de recursos financieros conocidos para ayudar con su cuidado.
10. El paciente que tiene elegibilidad para recibir Medicare, tiene el derecho de saber, si lo solicita y, antes de recibir tratamiento, si su proveedor de cuidados de salud o la instalación de cuidados de salud aceptan la tasa de pagos establecida por Medicare.
11. De recibir, si lo solicita y, antes de recibir tratamiento, un estimado razonable de lo que se le va a cobrar por el cuidado médico.
12. Recibir una copia razonablemente clara y comprensible de una cuenta detallada y, si lo solicita, una explicación de los cobros.
13. Tener acceso a tratamiento médico o a instalaciones para recibirlo de forma imparcial sin que se considere raza, origen nacional, religión, impedimento físico o procedencia del pago.
14. Que se le de tratamiento de emergencia para cualquier estado de salud que puede deteriorarse si no se le da tratamiento.
15. Saber si el tratamiento que se le ofrece tiene como propósito llevar a cabo investigaciones experimentales y consentir o rehusarse a participar en dicho tratamiento.
16. Expresar sus quejas sobre cualquier violación de sus derechos, tal como aparece en las leyes de la Florida, a través del proceso de quejas del proveedor de cuidados de salud o del lugar que provee esos cuidados y con la agencia del estado que expide las licencias apropiadas.

#### **EL PACIENTE TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

1. Proporcionarle al proveedor de cuidados de salud, al límite de sus mejores conocimientos, información completa y correcta sobre sus quejas presentes, enfermedades pasadas, estancias en el hospital, medicamentos y otras cuestiones relacionadas con su salud.
2. Informar al proveedor de cuidados de salud de cambios inesperados en su condición física.
3. Informar al proveedor de cuidados de salud si comprende la manera en que se procederá y lo que se espera que el o ella haga.

4. Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de salud.
5. Ir a sus citas y, si no puede ir por cualquier razón, de notificar al proveedor de cuidados de salud o a la instalación de cuidados de salud.
6. Aceptar los resultados de sus acciones si rechaza tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de cuidados de salud.
7. Asegurarse de que las obligaciones financieras relacionadas con sus cuidados de salud se cumplan pronto como sea posible.
8. El paciente tiene la responsabilidad de seguir las reglas y reglamentos de la instalación de cuidados de salud que tienen que ver con la conducta y cuidado de los pacientes.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre) recibidos una copia de los derechos y responsabilidades del paciente y ha leído o han leído a me.

\_\_\_\_\_  
Firma de por vida del paciente, padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización Individual  
Petición de Informes Médicos**

Autorizo por este medio con conocimiento a: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_  
Centro de salud que envía la información de la salud          Número de teléfono

para otorgar la información siguiente a: \_\_\_\_\_  
Nombre del individuo o de la entidad que están recibiendo la información de la salud

Firme con iniciales todas las cajas apropiadas que describan la información que se otorgara:

<input type="checkbox"/> Informe médico general ( <b>Últimos 2 años</b> )	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Expedientes prenatales
<input type="checkbox"/> Historia y resultados físicos	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Expedientes de facturación
<input type="checkbox"/> Los resultados de pruebas de diagnóstico - especifique las pruebas: _____		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		

Propósitos del expedir:       Cambio de Doctor Primario       Uso Personal       Proposito legal

Continuidad del cuidado       Otro especifique) \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización expirará en seis (6) meses si no se especifica ninguna fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir la información en lo que concierne:

- Sexual - enfermedad transmitida (inicial del paciente) \_\_\_\_\_
- SIDA o VIH (inicial del paciente) \_\_\_\_\_
- Salud del comportamiento, mental o condiciones psiquiátricas (inicial del paciente) \_\_\_\_\_
- Tratamiento del abuso de la droga o de alcohol, droga-relacionado y/o alcohol-relacionado (iniciales del paciente) \_\_\_\_\_

CONVENGO TAL OTORGACION DE LOS ARTÍCULOS FIRMADOS CON INICIALES ARRIBA.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en la escritura en cualquier momento. Entiendo que debo dar mi revocación escrita al centro de salud que está enviando los expedientes. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información otorgada ya en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la información usada o divulgada debido a esta forma puede estar conforme a otorgacion por la entidad de recepción y se puede proteger no más por las regulaciones de la aislamiento. También entiendo que estoy bajo ninguna obligación de firmar esta autorización y mi capacidad de obtener el tratamiento no dependerá de ninguna manera encendido si firmo esta autorización.

_____ Impresión de Nombre del paciente	_____ Fecha de Nacimiento	_____ Numero de Seguro Social
_____ Firma del Paciente o Tutor	_____ Fecha	<input type="checkbox"/> Envie por correo o
_____ Firma del Testigo	_____ Fecha	<input type="checkbox"/> Levanta o <input type="checkbox"/> Fax # _____

Si esta autorización es firmada por un tutor o un representante personal del paciente, una descripción de la autoridad del representante: \_\_\_\_\_

POR FAVOR NOTE: Para las copias, pacientes, las primeras diez páginas están en ningun costo; todas las páginas después de la décima página son a \$1.00 por cada una para las 25 páginas siguientes y entonces 25 centavos por la página después de eso. Una copia de esta autorización se debe se dad al paciente.