

INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO 2022



Fecha		Número de cuenta del paciente					
Nombre del paciente			Número de seguro social / /		Sexo (Escoja una) M F	Fecha de Nacimiento / /	Edad
Dirección		Perm.	O Temp.	Apt./Suite/Unidad	Ciudad/Estado	Código Postal	País
Estatus marital: (Escoja una) S C V Div. Sep. PD			Raza: (Marque las que aplique) Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico Other			Origen Étnico (Escoja una) Hispano Otro	
Idioma Principal	Teléfono de Casa		Teléfono Móvil		Teléfono Trabajo		Teléfono preferido Casa Oficina Móvil
Ocupación del Paciente	Empleador		¿Cuánto tiempo lleva trabajando ahí?		Método preferido de Comunicación Teléfono Texto Email No llamar		
Núm. de Licencia de Conducir		Dirección de Trabajo			Ciudad / Estado		Código Postal
Nombre de médico de cabecera/primario			Teléfono		Fax		¿Fue referido/a por un médico? Sí No
Nombre del esposo/a compañero/a doméstico/a		Empleador		¿Cuánto tiempo lleva trabajando ahí?		Ocupación	
Dirección del Empleador			Ciudad / Estado		Código Postal		Teléfono Trabajo
Pariente/persona cercana		Relación con el Paciente			Teléfono		
Dirección			Ciudad / Estado			Código Postal	

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre de la madre		Dirección		Ciudad/Estado	Código Postal	Teléfono	
Empleador de la madre		Ocupación		¿Cuánto tiempo lleva trabajando ahí?		Teléfono Móvil	
Dirección del trabajo			Ciudad/Estado		Código Postal		Teléfono del Trabajo
Número de Seguro Social / /	Fecha de Nacimiento / /	Número de Licencia de conducir					
Nombre del padre		Dirección		Ciudad / Estado	Código Postal	Phone Number	
Empleador del padre		Ocupación		¿Cuánto tiempo lleva trabajando ahí?		Teléfono Móvil	
Dirección del trabajo			Ciudad / Estado		Código Postal		Teléfono de Trabajo
Número de Seguro Social / /	Fecha de Nacimiento / /	Número de Licencia de Conducir					

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de la Compañía de Seguro		PPO	POS	HMO	EPO	INDEMNITY	MEDICARE/MEDICAID	W/C	Pago de Bolsillo
Titular del Seguro			Fecha de Nacimiento / /		Empleador				

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Yo autorizo el pago directo por parte de mi seguro a Florida Center For Allergy & Asthma Care por los servicios prestados, que en caso contrario serian cobrados a mí. Yo autorizo la entrega de mi información médica que sea requerida, a mi/s compañía/s de seguros. Una copia de esta autorización puede ser utilizada como si fuera la original. Yo autorizo a quien tenga mi información médica u otra información para que la entregue al Seguro Social y al departamento administrativo para el financiamiento del cuidado de la salud o alguno de sus intermediarios en el instante en que sea solicitada o por reclamos del Medicare o la ley en general. Yo autorizo a la compañía aseguradora pagar los beneficios correspondientes por el tratamiento recibido, a Florida Center For Allergy & Asthma Care, según criterio previamente establecido por ambas partes. Entiendo que soy financieramente responsable por todo costo que el seguro no cubra. Todos los deducibles, copagos, coseguros, y otros balances que pague en el momento del servicio realizado. Yo entiendo que puedo ser atendido por una enfermera o asistente médico.

Firma del paciente o persona responsable:

Fecha

____ / ____ / ____

Gracias por elegir Florida Center For Allergy & Asthma Care como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario reconociendo su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes.

Seleccione aquí si está de acuerdo con nuestras tarifas de pago por cuenta propia para todos los servicios prestados
Seleccione aquí si elige utilizar su seguro médico

INICIALES

- **Cobertura de seguro:** Es responsabilidad del paciente familiarizarse con su cobertura de seguro, las disposiciones de la póliza, las exclusiones y limitaciones, así como los requisitos para las autorizaciones. Procuramos verificar que su cobertura esté activa al momento de su visita. Sin embargo, dependemos de usted para que nos brinde la información más precisa. Si por alguna razón su cobertura no está activa, debe saber que el costo de la visita es su responsabilidad.
- **Cambio de seguro:** Si ha tenido algún cambio en su cobertura de seguro, debe notificarnos de inmediato.
- **Remisiones:** Es su responsabilidad obtener remisiones para ver a un médico especialista siempre que lo requiera su plan de seguro. Le ayudaremos siempre que nos sea posible. Si cambia de médico de atención primaria, debe notificarnos de inmediato y obtener una nueva remisión.
- **Copago, coseguro y deducibles:** Debe pagar su copago al momento de su visita. Si su plan tiene un deducible y/o coseguro, cobraremos una parte en el momento de su visita y el resto se le facturará una vez que su seguro haya procesado la reclamación.
- **Servicios no cubiertos:** Los pacientes son responsables de los servicios no cubiertos cuando son rechazados por su compañía de seguros.
- **Laboratorios:** Su médico puede ordenar exámenes de laboratorio. Es su responsabilidad confirmar si esos exámenes de laboratorio están cubiertos por su plan de seguro.

He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros me niega la cobertura y/o el pago por los servicios que recibí, asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos los cargos.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Escriba el nombre del paciente o su representante autorizado

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

POLITICAS Y TARIFAS DE CANCELACIÓN/NO LLEGADA Y LLEGADA TARDÍA



Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad de manera oportuna. Para hacerlo, hemos tenido que implementar las siguientes políticas. Estas políticas nos permitirán utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS / NO LLEGADA

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar su cita, es posible que esté impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir una situación en la que otro paciente no cancele y no podamos programarle una cita médica a usted debido a un calendario aparentemente "lleno".

Si necesita "cancelar su cita", requerimos que nos llame con 24 horas de anticipación de un día laboral. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otro paciente la posibilidad de tener acceso a una atención médica oportuna.

Una "no llegada" es alguien que falta a una cita sin cancelarla con 24 horas de anticipación. Faltar a una cita sin dar aviso causa inconvenientes a las personas que necesitan acceso a la atención médica de manera oportuna.

Cómo cancelar su cita:

Para cancelar una cita puede, llamar la oficina, enviar un correo electrónico, utilizar nuestro sistema automatizado o el portal del paciente.

POLÍTICA DE LLEGADA TARDÍA

Entendemos que pueden ocurrir retrasos. Sin embargo, debemos tratar de mantener la agenda de los otros pacientes y médicos a tiempo. Si usted llega 15 minutos después de la hora programada, es posible que tengamos que reprogramar su cita. Por favor notifique a la oficina si sabe que va a llegar tarde.

TARIFAS

- Tarifa por cancelación de cita el mismo día - **\$35**
- Tarifa por no presentarse - **\$50**
- Tarifa por copias de registros médicos (Estatutos de Florida 395.3025) - **\$1.00** por página hasta 25 páginas, **.25** centavos por cada página extra, más costo de envío (los gastos de envío no deben superar \$10)
- Tarifa por cheque devuelto **\$50**
- Formularios de discapacidad / FMLA / escuela que debe completar el médico - \$25 por formulario

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA / PADRE / GUARDIÁN LEGAL

___/___/___

FECHA

NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE _____ (USO DE OFICINA ÚNICAMENTE)

REVISIÓN DE SISTEMAS DEL CUERPO

Si usted viene a ser atendido, por favor indique **SÍ** tiene o **NO** alguno de estos síntomas. Pedimos no dejar ningún espacio en blanco ya que esto afecta los resultados.

SÍNTOMAS MÁS USUALES **SÍ o NO**

Cansancio _____
Fiebre _____
Sobrepeso _____
Aumento de peso _____
Pérdida de peso _____
Otro _____

CABEZA **SÍ o NO**

Mareos _____
Dolores de Cabeza _____
Infección de seno nasal recurrente _____
Dolor de senos paranasales _____
Problema de senos paranasales _____
Otro _____

OÍDOS **SÍ o NO**

Oído ocluido _____
Dolor de oído _____
Infecciones recurrentes _____
Zumbido o estallido _____
Tinnitus _____
Vértigo _____
Otro _____

OJOS **SÍ o NO**

Ojeras _____
Resequedad de ojos _____
Parpadeo constante _____
Picazón de ojos _____
Ojos rojos _____
Hinchazón de párpados _____
Lagrimo constante _____
Otro _____

NARIZ **SÍ o NO**

Pérdida del olfato _____
Picazón en la nariz _____
Congestión nasal _____
Secreción nasal _____
Pólipos nasales _____
Sangrado nasal _____
Goteo nasal _____
Estornudo frecuente _____
Otro _____

GARGANTA **SÍ o NO**

Dificultad al tragar _____
Goteo post nasal _____
Ronquido _____
Ronquera / Laringitis _____
Respiración por la boca _____
Dolor de garganta _____
Labios hinchados _____
Lengua hinchada _____
Garganta apretada _____
Pérdida de gusto _____
Otro _____

CARDIOVASCULAR **SÍ o NO**

Dolor en el pecho _____
Presión alta _____
Otro _____

RESPIRATORIO **SÍ o NO**

Presión en el pecho _____
Tos nocturna _____
Tos con sangre _____
Tos seca _____
Bronquitis y catarros frecuentes _____
Tos frecuente _____
Neumonía recurrente _____
Falta de aire _____
Tos húmeda _____
Silbido de pecho _____
Otro _____

GASTROINTESTINAL **SÍ o NO**

Dolor abdominal _____
Intolerancia a comidas _____
Indigestión/Acidez _____
Nausea/Vómitos _____
Otro _____

GENITOURINARIO **SÍ o NO**

Aumento de frecuencia al orinar _____
Dolor al orinar _____
Retención de orina _____
Otro _____

ENDOCRINO **SÍ o NO**

Diabetes _____
Sed excesiva _____
Otro _____

MUSCULAR / ÓSEO **SÍ o NO**

Artritis _____
Dolor de espalda _____
Fracturas _____
Otro _____

PIEL **SÍ o NO**

Eczema _____
Ronchas _____
Rasquiña / Prurito/ Picazón _____
Abscesos recurrentes _____
Erupciones en la piel _____
Hinchazón _____
Otro _____

ALERGIAS/INMUNOLOGÍA **SÍ o NO**

Alergias a medicina _____
Alergias a comida _____
Alergias al heno _____
Alergias a picaduras de insecto _____
Escoja uno: Local Ronchas Generalizada
Otro _____

NEUROLÓGICO **SÍ o NO**

Insomnio _____
Entumecimiento _____
Convulsiones _____
Dejar de respirar mientras duerme _____
Otro _____

HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO **SÍ o NO**

Anemia _____
Trastornos hemorrágicos _____
Tendencia a moretones _____
Ganglios inflamados/hinchados _____
Otro _____

****PARA USO INTERNO ****
All systems negative except noted

Exposición al tabaco	Sí	No	
Uso de tabaco	Sí	No	
Cigarrillo (Escoja uno)	Sí	No	
1. Diario	2. Socialmente	3. Rara vez	4. Nunca
# Cigarrillos / día	_____		
# Cajetillas / día	_____		
Cigarros (Escoja uno)	Sí	No	
1. Diario	2. Socialmente	3. Rara vez	4. Nunca
# Cigarrillos / día	_____		
# Cigarros / semana	_____		

COVID-19 **SÍ o NO**

Ha tenido COVID-19 _____
Ha recibido la vacuna del COVID-19 _____
Que vacuna recibió _____

Nombre _____

Firma del Paciente _____

Firma del Médico/PA/NP _____

Fecha ___ / ___ / ___

COMO SE ENTERÓ USTED DE NUESTRA PRÁCTICA

Agradecemos de antemano su tiempo en darnos una respuesta.

Médico de cabecera/pediatra (PCP). Nombre _____

Otro médico/especialista. Nombre _____

Feria de salud/Eventos

Internet

Redes Sociales

Familiar / Amigo(a)

TV/Radio

Seguro Médico

Sala de Emergencia

Centro de Atención de Urgencia

Yelp

Fui paciente anteriormente

Paciente Internacional

Revista/Periodico/ Publicidad por correo

¡Gracias por su colaboración!

Recuerde seguirnos por nuestras redes sociales.



ACTUALIZACIÓN DE CORREOS ELECTRÓNICOS

Los médicos y el personal de Florida Center For Allergy & Asthma Care deseamos tener la oportunidad de ofrecerle información, noticias y los mensajes más actualizados para su beneficio durante el tratamiento. Para poder servirlo mejor y contactarlo más eficazmente, le pedimos que llene esta planilla y nos provea su correo electrónico. *Sepa que su dirección de correo electrónico se solicita para ser usado exclusivamente por Florida Center For Allergy & Asthma Care. Estos jamás son vendidos o compartidos con otras organizaciones.

Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento

____ / ____ / ____

Dirección de Correo Electrónico

¡Muchas gracias por su colaboración!

Esta área es exclusivamente para uso oficial

Número de Cuenta del Paciente

Nombre del Administrador de Oficina

CUESTIONARIO PARA INVESTIGACIONES CLÍNICAS

Nos interesa muchísimo el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de enfermedades alérgicas. Participamos de muchos estudios de investigación con diversas compañías farmacéuticas que están preparadas para sacar al mercado nuevos tratamientos para enfermedades alérgicas. Algunos estudios ofrecen al paciente viáticos por tiempo y transporte. Si le interesa participar en uno de nuestros ensayos clínicos en el futuro, llene este formulario.

Fecha _____ **Nombre** _____

Nombre del Padre/Guardián Legal (para menores de 18)

Fecha de Nacimiento / /	Sexo (Escoja uno) M F	Grupo Étnico
----------------------------	--------------------------	--------------

Dirección	Ciudad / Estado	Código Postal
-----------	-----------------	---------------

E-mail	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo
--------	------------------	----------------------

¿Tiene asma?	¿Cuándo le comenzó?
--------------	---------------------

¿Tiene alergias?	¿Qué tipo de alergias tiene?
------------------	------------------------------

¿Tiene sinusitis?	¿Con cuánta frecuencia?	¿Tiene o tuvo urticaria?
-------------------	-------------------------	--------------------------

Otras afecciones médicas

¿Fuma?	¿Alguna vez fumó?	En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar?
--------	-------------------	--

¿Es alérgico a la aspirina u otros calmantes para el dolor?

Escriba cualquier otro medicamento al que es alérgico

¿Recibe inyecciones para la alergia?	¿Desde hace cuánto?
--------------------------------------	---------------------

¿Podemos llamarlo si su perfil cumple con ciertos criterios de estudio para ver si le interesa el ensayo clínico?

Sí a este número _____ No

¡Gracias por tomarse el tiempo de completar este cuestionario!

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA FARMACIA

Fecha

De cuenta del paciente

Oficina

Nombre del Paciente

Nombre y dirección de la Farmacia

Teléfono de la Farmacia

SOLO PARA ÓRDENES DE MEDICAMENTOS POR CORREO

MARQUE AQUÍ SI LA INFORMACIÓN DE SUS PEDIDOS POR CORREO ES DIFERENTE A LA INFORMACIÓN QUE LLENÓ ARRIBA.

Si le corresponde, llene los siguientes datos

Nombre de la Farmacia

Dirección de la Farmacia

Teléfono de la Farmacia

Número de la tarjeta de prescripción

Número de FAX

**AUTORIZACIÓN PARA DAR SU
CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN
MÉDICA DE UN MENOR DE EDAD CUANDO
TUTOR LEGAL O PADRE (S) NO ES CAPAZ DE
ACOMPañAR AL PACIENTE.**



YO, _____ padre / tutor legal del niño(s) nombrado abajo, por la presente doy mi autorización a las personas descritas en este documento para la evaluación y tratamiento médico de mi hijo(a) en Florida Center For Allergy & Asthma Care.

Soy, por este documento, autorizada a cualquier decision relacionada a la atención médica y tratamiento de dicho niño(s):

Firma	Relación con los niños	Fecha
_____	_____	_____

NIÑO(S)

Nombre

Nombre

Nombre

Persona(s) que están autorizada(s) para llevar al niño(s) para una evaluación médica y tratamientos: padrastro, abuelos, tía o tío adulto, hijos adultos, un adulto que tiene un poder legal para dar su consentimiento médico para el menor.

Nombre, Relación con el Niño(s)

Nombre, Relación con el Niño(s)

Nombre, Relación con el Niño(s)

Nombre, Relación con el Niño(s)

Si hay algún cambio en la lista, por favor envíe una autorización por escrito para agregar cualquier otra persona.

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACION Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD

SECCIÓN A: Autorización del Paciente

Nombre	Dirección
Teléfono	Email
# de Cuenta del Paciente	Fecha de Nacimiento

ECCIÓN B: Para el Paciente: (Por favor lea cuidadosamente lo siguiente)

Propósito de Consentimiento: Al firmar este formulario (Consentimiento), usted acepta el uso y divulgación por parte de Florida Center For Allergy & Asthma Care (FCAAC) de su información médica protegida para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de Práctica de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso) de FCAAC antes de decidir firmar este consentimiento. El aviso de Privacidad de FCAAC proporciona una descripción del tratamiento de FCAAC, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que FCAAC puede hacer con su información de la salud y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de FCAAC acompaña este consentimiento. FCAAC alienta a que lo lea atentamente antes de firmar este consentimiento.

FCAAC se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad descritas en su Aviso. Si FCAAC cambia sus prácticas de privacidad, FCAAC emitirá un nuevo Aviso, que contendrá los cambios. Estos cambios pueden ser aplicados a cualquiera de su información de salud protegida que posea FCAAC. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con :

Funcionarios de Privacidad de FCAAC,
Geidy Rodriguez, Director of Office Operations.
 2699 Stirling Rd. Suite B-100 | Ft. Lauderdale, FL 33312 | 305-223-8808

Derecho a revocar. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que FCAAC haya tomado en dependencia del consentimiento antes de que FCAAC recibiera su revocación. Sin embargo, la revocación de este consentimiento tendrá como resultado que FCAAC tenga prohibido compartir sus Registros Médicos (PHI, por sus siglas en inglés) con su compañía de seguro médico, y por lo tanto, FCAAC no podrá facturar su tratamiento médico a esa compañía de seguro. Consecuentemente, aquellos pacientes que se nieguen firmar este consentimiento o lo revoquen después de firmarlo, estarán obligados a pagar por su cuenta todos los tratamientos médicos proporcionados por FCAAC, y luego buscar reembolso por dichos tratamientos directamente de su compañía de seguro.

Persona Adicional Autorizada a Accesar la Información Personal de Salud (IPS): Yo autorizo a la(s) siguientes persona(s) acceso a mi IPS:

Nombre	Relación	Fecha	Fecha de Revocación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Yo, _____ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y he recibido una copia del Aviso de Prácticas de FCAAC. Entiendo que al firmar este consentimiento, estoy dando mi consentimiento a FCAAC para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Permiso a FCAAC para que solicite y utilice mi historial de medicamentos recetados por parte de otros proveedores de salud y/o prestatarios de beneficios farmacéuticos terceros, para fines de tratamiento. También entiendo que estoy otorgando

Firma	Fecha
_____	_____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal:	Relación con el paciente
_____	_____

Usted tiene derecho a una copia de este consentimiento después de firmarlo.

FOR OFFICE USE ONLY

Individual refused to sign
 An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
 Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment
 Other

Jaime Landman, M.D.*
Zevy Landman, M.D.*
Ileana M. Rodicio, M.D.*
Frank J. Martell, M.D.*
Philip C. Mirmelli, M.D.*
Sharlene J. Llanes, M.D.*
Walter M. Ryan III, D.O.*
Adriana M. Bonansea-Frances, M.D., PhD.



1.877.4.255.3749 Florida-Allergy.com

Kfir Shamir, M.D.*
Barry J. Mark, M.D.*
Tamar N. Rubin, M.D.*
Inessa R. Bachove, D.O.*
Stacy M. Nassau, M.D.*
Ornella Papadias Fera, M.D.
Jose E. Rojas Camayo, M.D.
*Board Certified in Allergy & Immunology

Diciembre 19, 2019

Estimado Paciente,

El Acta de la Portabilidad de Seguro Médico y Responsabilidad de 1996 y los reglamentos promulgados en virtud del mismo, conocido comúnmente como HIPAA, requieren que Florida Center For Allergy & Asthma Care ("FCAAC") proporcione un aviso a nuestros pacientes acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. También, estamos obligados a intentar obtener una confirmación por escrito de la entrega de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Yo estoy adjuntando el Aviso de Privacidad y una planilla de confirmación de entrega. Por favor lea todo, complete las partes que están en blanco y devuelva la planilla de confirmación de entrega firmada a la oficina donde está siendo atendido.

Si usted tiene alguna pregunta referente al Aviso de las Prácticas de Privacidad, por favor contacte la oficina donde lo están atendiendo. Le ayudaremos con cualquier información adicional que necesite con el mayor de los gustos.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Cari Cruet".

Cari Cruet
Chief Operating Officer

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
A partir de Julio 17, 2013

Este aviso de prácticas de privacidad (aviso) describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y como usted puede obtener acceso a esta información. Por favor lea este aviso cuidadosamente. La privacidad de su salud es importante para Florida Center for Allergy & Asthma Care (FCAAC).

ESTE AVISO CUBRE LOS SIGUIENTES PROFESIONALES DE SALUD QUE BRINDAN ATENCIÓN A TRAVÉS DE FCAAC:

Todos los empleados, médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, enfermeras, personal administrativo y otros profesionales de la salud que le proporciona atención médica a través FCAAC deben cumplir con este Aviso de Prácticas de Privacidad. FCAAC puede compartir su información con nuestro personal para ayudarles a proporcionar atención médica a usted.

PARTE 1 - DEBER LEGAL DE FCAAC

FCAAC es requerido por el Acta de la Portabilidad de Seguro Médico y Responsabilidad de 1996 y los reglamentos promulgados en virtud del mismo, conocido comúnmente como HIPAA, a (i) mantener la privacidad de su información de salud protegida, (ii) proporcionar un aviso de los deberes legales de FCAAC y políticas de privacidad con respecto a la Información médica protegida, y (iii) notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la información de salud protegida sin garantía. FCAAC está obligado a cumplir con los términos del Aviso actualmente vigente. Su información de salud es algo FCAAC ha creado o recibido sobre su salud o el pago de su atención médica. Incluye tanto sus registros médicos y la información personal, como su nombre, seguro social, dirección y número de teléfono..

PARTE 2 - CÓMO PUEDE FCAAC USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Generalmente, FCAAC no puede usar o divulgar su información personal de salud sin su permiso. Además, una vez que se haya obtenido su permiso, FCAAC debe usar o divulgar su información personal de salud de acuerdo con los términos específicos de ese permiso. Las siguientes son las circunstancias en las que FCAAC está permitido por la ley para usar o divulgar su información de salud personal:

A. Sin Su Consentimiento Para El Pago De Tratamientos Y Operaciones.

Sin su consentimiento, FCAAC puede utilizar o divulgar su información personal de salud con el fin de brindarle servicios y el tratamiento que requiera o solicite, o para cobrar el pago por esos servicios, y realizar otras operaciones de atención médica relacionadas que sean permitidas o requeridos por la ley. Además, FCAAC tiene permiso de divulgar su información personal de salud dentro de su empresa y con su personal con el fin de alcanzar estos mismos fines. Sin embargo, incluso con su permiso, FCAAC sigue estando obligado a limitar estos usos o divulgaciones a la cantidad mínima de información de salud personal que se requiere razonablemente para proporcionar los servicios médicos necesarios.

Ejemplos de actividades de tratamiento. FCAAC puede usar o divulgar su información médica a un médico, enfermera u otro profesional de la salud que le proporcione tratamiento médico a usted. Actividades de tratamiento incluyen: (a) la provisión, coordinación o gestión de la asistencia sanitaria y los servicios relacionados por proveedores de atención de la salud, (b) la consulta entre los profesionales de la salud relacionados con el paciente, o (c) la remisión de un paciente para el cuidado de la salud de un médico a otro.

Ejemplos de actividades de pago. FCAAC puede utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que FCAAC le suministre a usted, incluyendo facturación y las actividades de recolección y procesamiento de datos relacionados.

Ejemplos de operaciones de atención médica. FCAAC puede utilizar y divulgar su información de salud en relación con las operaciones de atención médica de FCAAC. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, la evolución profesional y desempeño de los proveedores, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o las actividades de acreditación.

B. Según Lo Requerido Por La Ley

Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido por la ley.

Abuso o negligencia. Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de otros.

Seguridad nacional. Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tengan la custodia legal la información de salud de un preso, o paciente bajo ciertas circunstancias.

C. Actividades Varias Permitidas

También podemos usar o divulgar información médica cuando le contactemos por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal para recordarle de sus citas, tratamientos, referidos, autorizaciones y resultados de pruebas.

D. Todas Las Otras Situaciones Con Su Autorización

Con excepción de lo permitido o requerido, como se describió anteriormente y se establece en HIPAA, FCAAC no puede usar o divulgar su información personal de salud sin su autorización escrita. Usted puede dar autorización por escrito a FCAAC para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Usos y divulgaciones no descritos en este Aviso se harán sólo con su autorización. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estaba vigente.

E. La Comunicación Con La Familia Del Paciente, Amigos, U Otras Personas Involucradas En El Cuidado Del Paciente

Aunque HIPAA requiere que los proveedores de atención médica, como FCAAC, protejan la privacidad del paciente, se permite a los proveedores, en la mayoría de las circunstancias, comunicarse con la familia del paciente, amigos, u otras personas involucradas en su cuidado o el pago de su tratamiento médico. Esta sección tiene por objeto aclarar los requisitos de HIPAA para que FCAAC no retenga innecesariamente su información de salud de estas personas.

El paciente está presente y tiene la capacidad de tomar decisiones de atención médica. Si el paciente está presente y tiene la capacidad de tomar decisiones de atención médica, un médico puede examinar la información de salud del paciente con un familiar, amigo u otra persona si el paciente está de acuerdo o, cuando se les da la oportunidad - no se opone. El médico también puede compartir información con estas personas si, con criterio profesional, él o ella decide que el paciente no se opone. En ambos casos, el médico puede compartir o discutir sólo la información que la persona en cuestión tiene que saber sobre el cuidado del paciente o el pago por la atención.

Los siguientes son algunos ejemplos:

- FCAAC puede discutir la factura de cobro de un paciente con su hija adulta quien está presente en la consulta médica con el paciente y tiene preguntas acerca de los cargos.
- FCAAC puede discutir los medicamentos que un paciente necesita tomar con el asistente de salud del paciente quien lo haya acompañado a su cita médica.
- Una enfermera puede discutir el estado de salud de un paciente con el hermano del paciente si se informa al paciente que va a hacerlo, y el paciente no se opone.

PERO:

- Una enfermera no puede discutir la condición médica de un paciente con el hermano de la paciente si ese paciente ha declarado que no quiere que su familia sepa sobre su estado de salud.

El paciente no está presente o está incapacitado. Si el paciente no está presente o está incapacitado, un médico puede compartir información del paciente con la familia, amigos, u otras personas, siempre y cuando el proveedor de salud determine, sobre la base de su juicio profesional, que sería para el bienestar e interés del paciente. Cuando alguien que no sea un amigo o un miembro de la familia está involucrada, el médico debe estar razonablemente seguro de que el paciente pide a la persona participar en su cuidado o el pago para su cuidado. El médico puede examinar sólo la información que la persona en cuestión tiene que saber sobre el cuidado o el pago del paciente. FCAAC también hará uso de su criterio profesional y experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Los siguientes son algunos ejemplos:

- FCAAC puede dar información sobre la dosis de medicamentos de un paciente al asistente de salud del paciente quien llame al proveedor con preguntas acerca de una prescripción.

PERO:

- Una enfermera no puede decirle a la amiga de una paciente sobre un problema médico pasado que no está relacionado con la condición actual del paciente..

PARTE 3 - DERECHOS DEL PACIENTE

Además de las restricciones en el uso y divulgación de su información de salud, usted tiene los siguientes derechos específicos con respecto al uso y divulgación de su información de salud:

Restricciones de uso y divulgaciones.

Usted puede solicitar que FCAAC restrinja el uso y divulgación de su información de salud por diversas razones, tales como la restricción de que cierta información de salud no sea divulgada a un miembro específico de la familia, por ejemplo. Aunque existen numerosas razones por las que usted puede desear que FCAAC restrinja el uso y divulgación de su información médica, FCAAC no está obligado a aceptar una restricción solicitada, salvo peticiones para restringir la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud si (a) la divulgación es con el propósito de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención y no es requerido por la ley, y (b) la información protegida de la salud se refiere únicamente a un tema de salud o servicio para el que usted, o persona distinta del plan de salud en nombre suyo, haya pagado a FCAAC en su totalidad. Mientras FCAAC generalmente no está requerido a aceptar ninguna restricción solicitada, pero si FCAAC acepta una restricción, FCAAC está obligado a no utilizar o divulgar su información de salud personal, en violación de tales restricciones, excepto en ciertas situaciones de emergencia. FCAAC no aceptará una solicitud para restringir los usos o divulgaciones que de otra manera son requeridas por la ley.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

Usted puede solicitar por escrito, y FCAAC debe atender a las solicitudes razonables, recibir comunicaciones de información de salud protegida de parte de FCAAC por medios alternos o a direcciones alternas. FCAAC puede limitar el cumplimiento de tal solicitud basado en (a) cuando sea apropiado, como será tratado la información sobre la forma de pago, y (b) la especificación de una dirección alterna u otro método de contacto. FCAAC no puede requerir una explicación por parte suya como condición para proporcionar comunicaciones de forma confidencial.

Acceso a la información de la salud.

Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que FCAAC proporcione copias en un formato diferente a fotocopias como un formato PDF por correo electrónico. FCAAC utilizará el formato que usted solicita a menos que no sea factible hacerlo. Sin embargo, proporcionar copias de su información médica en cualquier formato distinto de copias en papel, como la electrónica, va acompañada con el riesgo de que su información pueda ser robada u obtenida por otros. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este aviso.

Modificación de información de salud y registros.

Usted tiene derecho de solicitar que su información de salud o de un registro específico se modifique siempre que lo haga por escrito a la persona nombrada al final de este Aviso y le proporcione razones por las cuales la información de salud o registro deben modificarse. Aunque usted tiene derecho a solicitar que se modifique su información médica o registros, FCAAC puede rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias, tales como cuando la información que pide ser modificada no

haya sido creada por FCAAC o la información esté exacta y completa.

Informe de las divulgaciones de información médica protegida.

Excluyendo ciertas divulgaciones, como por ejemplo a modo de ilustración y no de limitación, las divulgaciones de FCAAC para tratamiento, pago y operaciones de atención médica y de conformidad con una autorización según lo dispuesto en las reglamentaciones federales, usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de información médica protegida hecha por FCAAC hasta los seis años anteriores a la fecha en que se solicita la contabilidad. Si desea una contabilidad de nuestro uso y divulgación de su información de salud, por favor hacerlo por escrito a la persona designada al final de este aviso. Vamos a responder por escrito a su solicitud.

Derecho a obtener una copia impresa del Aviso de Privacidad. Usted tiene el derecho de solicitar una copia impresa de este Aviso incluso si aceptó recibirlo electrónicamente.

PARTE 4 - CÓMO USTED PUEDE PEDIR AYUDA O PRESENTAR UNA QUEJA

Si tiene que solicitar información a FCAAC con respecto a su información de salud o a la necesidad de solicitar una modificación y/o restricción en el uso y divulgación de su información de salud, puede hacerlo por escrito a uno de los Funcionarios de Privacidad de FCAAC que se enumeran a continuación al final de la presente Parte 4. Si usted siente que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja ante uno de los Funcionarios de Privacidad de FCAAC, y el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), la Oficina de Derechos Civiles, en la información de contacto al final de esta parte 4. Una queja debe ser recibida por nosotros o presentarse ante el Secretario de DHHS dentro de un periodo de 180 días de cuando usted supo o debería haber sabido que el acto u omisión de la denuncia ocurrieron. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

<p>Funcionarios de Privacidad de FCAAC Geidy Rodriguez, Director of Office Operations. 2699 Stirling Rd. Suite B-100 Ft. Lauderdale, FL 33312 305-223-8808</p>	<p>Oficina Encargada de los Derechos Civiles U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H Washington D.C., 20201 Phone: 866-627-7748 TTY: 886-788-4989 Online: www.hhs.gov/ocr</p>
---	--

PARTE 5 - MODIFICACIÓN DE ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FCAAC se reserva el derecho de modificar o enmendar este Aviso en cualquier momento. Estas revisiones o enmiendas podrán ser válidas para toda la información médica personal que mantiene FCAAC incluso si se ha creado o recibido antes de la fecha de vigencia de la revisión o enmienda. FCAAC le dará aviso de cualquier revisión o modificación a esta Póliza de Privacidad, o cambios en la legislación que afecten este Aviso de Privacidad, mediante la publicación de la versión más reciente de este Aviso en su página web, y con previa solicitud escrita FCAAC podrá enviarle también por correo postal o electrónico una copia de la versión más reciente de este Aviso.

PARTE 6 - ACCESO EN CURSO A ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FCAAC publica la versión más reciente de este Aviso en su sitio web: www.Florida-Allergy.com. Además, con una previa solicitud escrita a cualquiera de los Funcionarios de Privacidad de FCAAC, FCAAC le enviará por correo postal o electrónico una copia de la última versión de este Aviso. Para cualquier otra solicitud o para obtener más información con respecto a la privacidad de su información de salud personal, y para obtener información sobre como presentar una queja con nosotros, póngase en contacto con los Funcionarios de Privacidad de FCAAC en la dirección o número de teléfono que ve a continuación:

FCAAC'S Privacy Officers

Geidy Rodriguez, Director of Office Operations.
 2699 Stirling Rd. Suite B-100
 Ft. Lauderdale, FL 33312 | 305-223-8808

AVENTURA (305) 932.3252	BOCA RATON (561) 392.8832	CORAL GABLES (305) 445.9422	CORAL SPRINGS (954) 344.8100	FORT LAUDERDALE (954) 772.3366	HIALEAH/MIAMI LAKES (305) 362.7762	HOLLYWOOD/EMERALD HILLS (954) 981.9180	HOMESTEAD (305) 245.1100	KENDALL (305) 279.3366	KENDALL REGIONAL (305) 223.8919
MIAMI BEACH (305) 538.8339	NORTH MIAMI BEACH (305) 945.4131	PALMETTO BAY (305) 255.4868	PALM BEACH GARDENS (561) 227.1456	PEMBROKE PINES (954) 437.3600	PLANTATION (954) 472.4848	WELLINGTON (561) 227.0630	WEST KENDALL (305) 388.0078	WESTON (954) 389.2599	