

## Patient Registration Information

Patient Last Name: \_\_\_\_\_ Patient First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Previous Name: *(if applicable)* \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell No: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

**Sex:**  Male  Female  Unknown **S.O./G.I. Birth Sex:**  Male  Female  Unknown

**Sexual Orientation:**  Lesbian, gay or homosexual  Straight or heterosexual  Bisexual  Do not know  Choose not to disclose  
 Something else, please describe \_\_\_\_\_

**Gender Identity:**  Male  Female  Female-to-Male (FTM)/Transgender Male/Trans Man  
 Male-to-Female (MTF)/Transgender Female/Trans Women  Genderqueer, neither exclusively male nor female  
 Choose not to disclose  Transgender  Additional gender category or other, please specify \_\_\_\_\_

Responsible Party Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
*(Guarantor)* *Last Name* *First Name* *(Guarantor)*

Emergency contact: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
*Last Name* *First Name*

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Marital Status:  Divorced  Married  Partner  Single  Unknown  Widowed  Legally Separated

Primary Language: \_\_\_\_\_ Is a Translator Needed:  Yes  No

Race:  American Indian or Alaska Native  Asian  Native Hawaiian or Other Pacific Islander  Black or African American  
 White  Other Race  Other Pacific Islander  Declined to Specify

Ethnicity:  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino  Declined to Specify

Release of Information: *(HIPAA form provided and signed)*  Yes  No RX History Consent:  Yes  No

Advance Directive:  N/A (not applicable)  No  Yes

Employment:  Full-time  Part-time  Not employed  Self-employed  Retired  Active military duty  Unknown

Student Status:  Full-time  Not a student  Part-time

### INSURANCE

Primary Insurance: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_

Insured's Name: \_\_\_\_\_ Patient Relationship to Insured: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_

Insured's Name: \_\_\_\_\_ Patient Relationship to Insured: \_\_\_\_\_

Patient's Alternate Name, if applicable (Last, First, MI): \_\_\_\_\_

Insured's Alternate Name, if applicable (Last, First, MI): \_\_\_\_\_

Patient Last Name: \_\_\_\_\_ Patient First Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

**PHARMACY** (Please include pharmacies you use and indicate which is your Primary pharmacy)

Pharmacy Name and Address: \_\_\_\_\_ Primary? Yes No

Pharmacy Name and Address: \_\_\_\_\_ Primary? Yes No

**ADDITIONAL INFORMATION**

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
(If different than mailing address)

Employer Name: \_\_\_\_\_ Employer Address: \_\_\_\_\_

How did you hear about us?  Billboard  Community event  Confinement facility  Doctors office  Drive by  
 Employer  Family  Friend  Health Dept.  Health Fair  Hospital  Insurance/Social Services  Internet  
 Newspaper  Nursing home  Outreach  Phonebook  Postcard  Realty company  School  
 Other (specify) \_\_\_\_\_

Veteran:  Yes  No Seasonal farm work:  Yes  No Migrant farm work:  Yes  No Homeless:  Yes  No

If Yes, Homeless Status:  Unknown  Street  Doubling Up  Transitional Housing  Homeless Shelter  Other

Public Housing:  Yes  No Limited English in speaking, writing or understanding:  Yes  No

**ADDITIONAL CONTACTS**

Name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Consent and Financial Responsibility Agreement**

I/We hereby grant North Florida Medical Center's Inc. (NFMC) permission to treat myself and/or my child/ward for any illness or injury that I/we may encounter. I/We hereby authorize NFMC to furnish all information regarding my medical history, diagnosis and treatment of myself or my child (if applicable) to an insurance company regarding my claims for benefits. If however, said insurer fails to meet this obligation in whole or in part, or if I am non-insured, I/we agree to be responsible for the fee and cost involved in the treatment of the above named patient. I/We authorize payment of medical benefits to NFMC and agree that should I receive any payments directly from any insurance companies for services billed on my behalf by the center, that I will turn those payments over to NFMC immediately. I further understand that should my account have to be referred to a collection agency that I am responsible for all fees and costs incurred therein. I/We hereby authorize NFMC to act on my behalf in accessing my medical records when and if needed.

\_\_\_\_\_  
Patient's Lifetime Signature or Parent/Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Patient's Name (Print) and Date

**North Florida Medical Centers, Inc.**  
**Paciente Médico, Familia, Historia Social**

Por favor, rellene los siguientes apartados tan completa y precisa como sea posible para que podamos proporcionar la mejor calidad de la atención

Esta información se recopila para identificar las condiciones que pueden afectar su salud, funcionamiento y /o calidad de vida, y para que podamos conectarlo con recursos que pueden brindarle apoyo.

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

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

**HISTORIA MEDICA PASADA- PMHx** (*¿Tiene/tuvo alguno de los siguientes?*):

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIDA/VIH o exposición a</li> <li><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedad</li> <li><input type="checkbox"/> Artritis</li> <li><input type="checkbox"/> Asma</li> <li><input type="checkbox"/> Bipolar</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de sangrado</li> <li><input type="checkbox"/> Bronquial</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de mama</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de colon</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de esofago</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer renal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de laringe</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de próstata</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de recto</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de piel</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer testicular</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer de tiroides</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor en el pecho</li> <li><input type="checkbox"/> Anomalías congénitas</li> <li><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li> <li><input type="checkbox"/> Demencia</li> <li><input type="checkbox"/> Depresión</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis</li> <li><input type="checkbox"/> A/B/C transportista o exposición</li> <li><input type="checkbox"/> Hiperlipidemia</li> <li><input type="checkbox"/> Hipertensión</li> <li><input type="checkbox"/> Trastorno inmunológico</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas del hígado/estómago/intestino</li> <li><input type="checkbox"/> Migrañas</li> <li><input type="checkbox"/> Desorden obsesivo compulsivo</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Embolia pulmonar</li> <li><input type="checkbox"/> Reflujo/ERGE</li> <li><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</li> <li><input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/convulsiones</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Sinusitis</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de la piel</li> <li><input type="checkbox"/> Tromboflebitis</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides</li> <li><input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</li> </ul> <p><b>Otro:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|--|---|--|

**Alergias/Reacciones a medicamentos:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRÚRGICA**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abdominal</li> <li><input type="checkbox"/> Angioplastia</li> <li><input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma aórtico</li> <li><input type="checkbox"/> Apendicectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de espalda</li> <li><input type="checkbox"/> Vejiga</li> <li><input type="checkbox"/> Biopsia de mama</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiotorácica</li> <li><input type="checkbox"/> Túnel carpal</li> <li><input type="checkbox"/> Implante de catarata/lente</li> <li><input type="checkbox"/> Colectomía</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Colostomía, parcial</li> <li><input type="checkbox"/> Injerto de derivación de la arteria coronaria</li> <li><input type="checkbox"/> Entrega por cesárea</li> <li><input type="checkbox"/> Oídos, nariz, garganta</li> <li><input type="checkbox"/> Gástrico, otro</li> <li><input type="checkbox"/> Gastroplastia, bariátrica</li> <li><input type="checkbox"/> Hernia</li> <li><input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera</li> <li><input type="checkbox"/> Histerectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Derivación intestinal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> reemplazo de articulación</li> <li><input type="checkbox"/> Riñón</li> <li><input type="checkbox"/> Laminectomía / discectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Litotricia</li> <li><input type="checkbox"/> Mastectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Neurocirugía</li> <li><input type="checkbox"/> Ooforectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Abra las adherencias de lisis</li> <li><input type="checkbox"/> Ortopédico</li> <li><input type="checkbox"/> Próstata</li> <li><input type="checkbox"/> Piel/dérmica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado</li> <li><input type="checkbox"/> Tiroides</li> <li><input type="checkbox"/> Amigdalectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Ligadura de trompas</li> <li><input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata</li> <li><input type="checkbox"/> Úlcera</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía previa <b>Otro</b> – Explique:</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|---|--|

**Hospitalizaciones previas y fechas:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR** *Por favor marque (√) todo lo que aplique*

Estado: V = Vivo, F = Fallecido, D = Desconocido

Familiares - Familiares	Estado	Nacimiento Año	Edad (años)	Diabetes	Hiper tensión	Corazón Enfermedad	Enfermedad mental	Cáncer	Desco nocido	Notas
Hija (s)										
Padre										
Amigos)										
Hijos)										
Esposa										
Madre										
Abuelo paterno										
Abuela paterna										
Abuelo por parte de madre										
Abuela materna										
Tío paterno										
Tía paterna										
Tío materno										
Tía materna										
Hermanos										
Niños										

Número de Hemanos = Hermanos \_\_\_\_\_ Hermanas \_\_\_\_\_  Saludable Notas: \_\_\_\_\_

Número de Niños = Hijos \_\_\_\_\_ Hijas \_\_\_\_\_  Saludable Notas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL** (Evaluación Integral de Salud)

Características familiares : # de adultos en el hogar \_\_\_\_\_ # de niños en el hogar \_\_\_\_\_

Necesidades de comunicación: ¿Audición?  Sí  No Visión?  Sí  No Cognición (comprensión)?  Sí  No

Vida social: ¿Te consideras una persona social?  Sí  No

Planificación anticipada de atención: ¿tiene una directiva anticipada en el archivo?  Sí  No  Rechazado  Rehusar  No Corresponde

Determinantes sociales de salud: ¿Está expuesto a la delincuencia en su vecindario?  Sí  No

¿Fecha más reciente de hospital/emergencia? \_\_\_\_\_ Fecha de seguimiento? \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

¿Dado de alta?  Sí  No

**El consumo de tabaco:**  Fumador  Ex fumador  No fumador ¿Cuántas/con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

mastica tabaco  fumador de pipa  usuario de Tabaco ¿Es usted otro usuario de tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_

**Historia sexual:** ¿Tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses (vaginal, oral o anal)?  Sí  No

¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? (ETS)?  Sí  No Último período menstrual \_\_\_\_\_

No se puede documentar último periodo menstrual:  depo provera  histerectomía  Control natal de

Mirena  posmenopáusica  ablación uterina

¿Estás teniendo problemas sexuales?  Sí  No ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? \_\_\_\_\_

Cualquier abuso sexual:  ninguno  tiene plan de seguridad  historial en el pasado  continuo en relación

Use condones:  Sí  No Usar otro método anticonceptivo \_\_\_\_\_

**Drogas/Alcohol:** ¿Ha usado drogas que no sean por razones médicas en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si "Sí", qué droga (s) \_\_\_\_\_

¿Tuviste una bebida que contenía alcohol en el último año ?  Sí  No Si "Sí" con qué

frecuencia:  Nunca  mensual o menos  2 a 4 veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más a la semana

Ingesta de cafeína:  ninguna/1-2 tazas por día  2-3 tazas por día  3-4 tazas por día  más de 4 tazas por día

Otro cafeína:  chocolate  soda  pastillas Cuanto/con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Diverso:** Niños:  ninguno  conoce problemas de seguridad  sin preocupaciones de comportamiento  no tiene

problemas escolares  en la guardería

Participación de la comunidad:  ninguna  grupo religioso  organizaciones comunitarias  actividades deportivas o recreativas

Violencia Doméstica:  ninguna  historia en el pasado  tiene orden de restricción  se siente insegura en casa

tiene un plan de seguridad

Ejercicio:  Sí  No Con qué frecuencia?  semanalmente  diariamente  ocasionalmente

Qué tipo de ejercicio \_\_\_\_\_

¿Detectores de humo domésticos?  ninguno  detectores de humo  detectores de radón  detector de monóxido de carbono

Alojamiento:  sin hogar  albergue  alquiler  posee una casa  vive con parientes

Problemas legales:  ninguno  en período de prueba  en libertad condicional  esperando juicio

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Vivir con:  solo  cónyuge  pareja  familia  amigos

Estado civil:  nunca se casó  soltero  casado  separado  divorciado  viudo  en relación con pareja masculina  en relación con pareja femenina

Sistema de apoyo natural:  ninguno  depende de la familia  depende de amigos  depende de la ayuda del gobierno

Estado laboral de ocupación:  jubilado  autónomo  desempleado  trabaja en casa  trabaja a tiempo parcial  trabajo a tiempo completo Ocupación: \_\_\_\_\_

Exposición ocupacional:  ninguna  sustancias químicas tóxicas  ruido  agentes infecciosos  estrés físico repetitivo

Otros en el hogar:  padres  hermanos  niños de crianza

Mascotas:  ninguna  gatos  perros  aves  reptiles  animales exóticos \_\_\_\_\_

Viaje fuera de los Estados Unidos:  ninguno en los últimos seis (6) meses  América del Sur  Europa  Asia  África

Abuso verbal:  ninguno  ocasional  frecuente  buscar consejería  tiene un plan de seguridad

**Hogar :**

Número de adultos en el hogar \_\_\_\_\_ Número de niños en el hogar \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Educación:  alguna escuela secundaria  terminó la escuela secundaria  alguna universidad

terminó la universidad  escuela profesional

Ingresos familiares anuales: \_\_\_\_\_

**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 sicológica.
- 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

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **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 CENTROS 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 rehusa 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

**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 las 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 médica 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 médica.
- 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 Enmiendas Para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos 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 mandar 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) cualquiera 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 información 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 aproavods 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.
- *CompensaciónLegal 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.  
Revisado 1 de abril de 2017

Lane M. Lunn, 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.**