

Informacion de registro del paciente

Paciente Apellido: _____ Paciente Nombre: _____ MI: _____

Nombre anterior: (*ensucaso*) _____

Direccion postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de la casa: _____ Celular: _____ Telefono de trabajo: _____ Ext: _____

Correo Electronico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Sexo: Masculino Mujer Desconocido S.O./G.I.: Masculino Mujer Desconocido

Orientacion Sexual: Lesbiana, gay u homosexual Recto o heterosexual Bisexual No sepa Elija no divulgar
 El algo mas, describe por favor

Identidad de Genero: Masculino Mujer Hombre del varon/transporte del Hembra-a-Varon (FTM)/Transgender
 Mujeres de la hembra/transporte de la Varon-a-Hembra (MTF)/Transgender Genderqueer, ni exclusivamente varon ni hembra
 Elija no divulgar Transgender La categoria adicional u otra del genero, especifica por favor

Parte Responsable Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____
(*Garante*) *Apellido* *Nombre* (*Garante*)

Contacto de emergencia: _____ Relacion: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Estado Civil: Divorciado Casado Socio Solo Desconocido Separado legalmente

Lengua primaria: _____ Es un traductor necesitado: Si No

Carrera: Indio EE.UU. o Alaska Asiatico Nativo de Hawai u otras islas del Pacifico Negro o afroamericano
 Blanca Otra Raza Otras Islas del Pacifico Declino especificar

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Declino especificar

Divulacion de Informacion (HIPAA forma firmado): Si No Consentimiento de la historia de RX: Si No

Directorio Anticipado: N/A (not applicable) No Si

Empleo: A tiempo completo A tiempo parcial Sin empleo Independiente Retirado El servicio military active
 Desconocido

Estado del Estudiante: Jornada completa No es un estudiante a tiempo parical

SEGURO

Seguro Primario: _____ Numero de poliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion paciente con el asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ Numero de poliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion paciente con el asegurado: _____

Paciente Apellido: _____ Paciente Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre alternative del paciente, en su caso (apellido, nombre, inicial): _____

Nombre del asegurado alternative, en su caso (apellido, nombre, inicial): _____

FARMACIA (Por favor, incluya farmacias puede usar e indicar cual es su farmacia primaria)

Nombre y Direccion de Farmacia: _____ Primaria? Si No

Nombre y Direccion de Farmacia: _____ Primaria? Si No

INFORMACION ADICIONAL

Address: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
(si es diferente de la direccion postal)

Nombre del empleador: _____ Direccion del empleador: _____

Como supiste de nosotros? Cartelera Evento de la comunidad Instalacion de confinamiento Consultorio Medico
 Paso Empleador Familia Amigo Departamento de Salud Feria de la Salud Hospital Seguros Serivios/Sociales
 Internet Periodico Hogar de ancianos Programa de divulgacion Directorio telefonico Tarjeta postal
 Inmuebles de empresa Escuela Otro (especifique) _____

Veterano: Si No Trabajo Agricola de temporado: Si No El trabajo agricola migrante: Si No Sin hogar: Si No

En caso afirmativo, estado sin hogar: Desconocido Calle Duplicar Vivienda de Transición Refugio para indigentes
 Otro

Vivienda Publica: Si No Limitado del Ingles al hablar, escribir o comprender: Si No

CONTACTOS ADICIONALES

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Consentimiento y Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Yo / Nosotros doy permiso del Norte Florida Medical Center Inc. (NFMC) para el tratamiento de mí y / o mi hijo / protegido por cualquier enfermedad o lesión que me / nos puede encontrar. Yo / Nosotros por la presente autorizo NFMC de proporcionar toda la información sobre mi historial médico, el diagnóstico y el tratamiento de mí o mi hijo (si es aplicable) a una compañía de seguros con respecto a mis solicitudes de beneficios. Sin embargo, si dicho aseguradora no cumple con esta obligación en su totalidad o en parte, o si soy no asegurada, yo / nosotros de acuerdo en ser responsable de la tarifa y el costo implicados en el tratamiento del paciente antes mencionado. Yo / Nosotros autorizo el pago de beneficios médicos a NFMC y acepto que debo recibir pagos directamente de cualquiera de las empresas de seguros de los servicios facturados en mi nombre por el centro, que voy a convertir esos pagos a NMFC inmediatamente. También entiendo que si mi cuenta tiene que ser referido a una agencia de colección que soy responsable de todos los honorarios y costos incurridos en el mismo. Yo / Nosotros por la presente autorizo NFMC a actuar en mi nombre en el acceso a mis registros médicos cuando y si es necesario.

Firma curso de la vida del paciente o /padre tutor legal

Nombre del paciente (Imprimir) y fecha

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?):

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH o exposición a
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Bipolar
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado
<input type="checkbox"/> Bronquial
<input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama
<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon
<input type="checkbox"/> Cáncer de esofago
<input type="checkbox"/> Cáncer renal | <input type="checkbox"/> Cáncer de laringe
<input type="checkbox"/> Cáncer de pulmon
<input type="checkbox"/> Cáncer de prostata
<input type="checkbox"/> Cáncer de recto
<input type="checkbox"/> Cáncer de piel
<input type="checkbox"/> Cáncer testicular
<input type="checkbox"/> Cáncer de tiroides
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/> Anomalías congénitas
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<input type="checkbox"/> Demencia
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón
<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> A/B/C transportista o exposición
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia
<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Trastorno inmunológico
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon
<input type="checkbox"/> Problemas del hígado/estómago/intestino
<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Desorden obsesivo compulsivo
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar
<input type="checkbox"/> Reflujo/ERGE
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/convulsiones
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Tromboflebitis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
Otro: _____

_____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Alergias/Reacciones a medicamentos: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdominal
<input type="checkbox"/> Angioplastia
<input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma aórtico
<input type="checkbox"/> Apendicectomía
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda
<input type="checkbox"/> Vejiga
<input type="checkbox"/> Biopsia de mama
<input type="checkbox"/> Cardiorácica
<input type="checkbox"/> Túnel carpal
<input type="checkbox"/> Implante de catarata/lente
<input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Colectomía
<input type="checkbox"/> Colostomía, parcial
<input type="checkbox"/> Injerto de derivación de la arteria coronaria
<input type="checkbox"/> Entrega por cesárea
<input type="checkbox"/> Oídos, nariz, garganta
<input type="checkbox"/> Gástrico, otro
<input type="checkbox"/> Gastroplastia, bariátrica
<input type="checkbox"/> Hernia
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera
<input type="checkbox"/> Histerectomía
<input type="checkbox"/> Derivación intestinal | <input type="checkbox"/> reemplazo de articulación
<input type="checkbox"/> Riñón
<input type="checkbox"/> Laminectomía / discectomía
<input type="checkbox"/> Litotricia
<input type="checkbox"/> Mastectomía
<input type="checkbox"/> Neurocirugía
<input type="checkbox"/> Ooforectomía
<input type="checkbox"/> Abra las adherencias de lisis
<input type="checkbox"/> Ortopédico
<input type="checkbox"/> Próstata
<input type="checkbox"/> Piel/dérmica | <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado
<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata
<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Cirugía previa Otro – Explique:

_____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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	Desconocido	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 Hermanos = 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 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

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 él 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 contine su historia de salud, síntomas , exámenes y resultados, diagnosis, 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 estan cobrando.
- Método para educación médica
- Método de informacion 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 mayor 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 necesesarias 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 Enmiendas 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 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) 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 mayor 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 indentificandolo 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 revelar 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 opongá, 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 revelar 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 propuesta 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 revelar 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 revelar 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 INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE QUE MANTENEMOS. SI CAMBIAMOS NUESTRAS PRACTICAS DE INFORMACION, PONDREMOS EL AVISO NUEVO EN LOS CENTROS MEDICOS.