

**PAQUETE PARA PACIENTES ADULTOS NUEVOS**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:	Núm. del seguro social:	Fecha de nacimiento:	
Dirección principal:		Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono particular:	Número de teléfono celular:
Formas en las que podemos comunicarnos con usted (seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto		Idioma preferido:	Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del contacto de emergencia:		Número del contacto de emergencia:	Relación con el contacto:
Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrenda <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Subsidiada <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Vive con amigos/familiares <input type="checkbox"/> Otro alojamiento		Sexo Legal <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  Preferencia de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M)	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado ¿Es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se considera: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no homosexual) <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> Elige no responder		
Raza (seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico <input type="checkbox"/> Elige no revelar		Etnia (seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Mexicano / mexicano americano / chicano (a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino (a) o español <input type="checkbox"/> No origen hispano, latino(a) o español <input type="checkbox"/> Elige no revelar	
¿Es trabajador agrícola migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Se define como una persona que debe ausentarse de su lugar de residencia permanente a fines de buscar empleo en trabajo agrícola.</i>			
¿Es trabajador agrícola estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Se define como una persona que está empleada de manera temporaria para trabajo agrícola, pero no se muda de su residencia permanente para buscar trabajo agrícola: también puede tener otras fuentes de empleo.</i>			

Ingresos anuales - Seleccione la letra que corresponda a la cantidad de integrantes de su familia y sus ingresos anuales:

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

	A	B	C	D	E	F
<b># of People in Household</b>	<b>100%</b>	<b>125%</b>	<b>150%</b>	<b>175%</b>	<b>200%</b>	<b>&gt;200%</b>
<b>1</b>	\$0 - \$14,580	\$14,581 - \$18,225	\$18,226 - \$21,870	\$21,871 - \$25,515	\$25,516 - \$29,160	Over \$29,160
<b>2</b>	\$0 - \$19,720	\$19,721 - \$24,650	\$24,651 - \$29,580	\$29,581 - \$34,510	\$34,511 - \$39,440	Over \$39,440
<b>3</b>	\$0 - \$24,860	\$24,861 - \$31,075	\$31,076 - \$37,290	\$37,291 - \$43,505	\$43,506 - \$49,720	Over \$49,720
<b>4</b>	\$0 - \$30,000	\$30,001 - \$37,500	\$37,501 - \$45,000	\$45,001 - \$52,500	\$52,501 - \$60,000	Over \$60,000
<b>5</b>	\$0 - \$35,140	\$35,141 - \$43,925	\$43,926 - \$52,710	\$52,711 - \$61,495	\$61,496 - \$70,280	Over \$70,280
<b>6</b>	\$0 - \$40,280	\$40,281 - \$50,350	\$50,351 - \$60,420	\$60,421 - \$70,490	\$70,491 - \$80,560	Over \$80,560
<b>7</b>	\$0 - \$45,420	\$45,421 - \$56,775	\$56,776 - \$68,130	\$68,131 - \$79,485	\$79,486 - \$90,840	Over \$90,840
<b>8</b>	\$0 - \$50,560	\$50,561 - \$63,200	\$63,201 - \$75,840	\$75,841 - \$88,480	\$88,481 - \$101,120	Over \$101,120
<b>For each additional person, add</b>	<b>\$5,140</b>	<b>\$6,425</b>	<b>\$7,710</b>	<b>\$8,995</b>	<b>\$10,280</b>	<b>\$10,280</b>

¿Le interesaría solicitar una escala de tarifa variable?

(si la respuesta es afirmativa, se requerirá una verificación de ingresos más detallada)  Sí  No

Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	Preferencia de laboratorio: <input type="checkbox"/> Quest <input type="checkbox"/> LabCorp <input type="checkbox"/> Otro

**INFORMACIÓN DEL SEGURO Y DEL GARANTE**

Seguro principal:	Núm. de póliza:	Núm. de grupo:
Nombre del suscriptor:	Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Núm. de seguro social del suscriptor:	
Seguro secundario:	Núm. de póliza:	Núm. de grupo:
Nombre del suscriptor:	Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Núm. de seguro social del suscriptor:	
Garante/Nombre de la persona responsable del pago (si no es el suscriptor):		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Fecha de nacimiento:	Núm. de seguro social:	
Número de teléfono:	Relación con el paciente:	

**CONSENTIMIENTOS Y ACUSES DE RECIBO**

**Consentimiento para tratamiento**

Por el presente documento doy mi consentimiento y autorizo a que el personal de Langley Health Services (LHS) me realice a mí, el paciente, exámenes y me proporcione tratamiento en Project Health, Inc. d/b/a Langley Health Services (LHS). Los empleados de LHS explicarán la necesidad de examen y tratamiento, y la posibilidad de que se presenten efectos secundarios indeseables. Entiendo que no hay garantías ni certezas en cuanto al resultado que puede obtenerse, pero los empleados de LHS serán prudentes en cuanto a mi diagnóstico y tratamiento.

**Consentimiento para tratamiento de un menor *solo se debe completar si el paciente tiene menos de 18 años***

Yo, como padre, madre o tutor legal del paciente, \_\_\_\_\_, por el presente documento doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento para mi hijo(a). Además, otorgo autorización a las siguientes personas a autorizar tratamientos médicos en mi ausencia:

- |    |  |                                  |  |
|----|--|----------------------------------|--|
| 1. |  | <b>Relación con el paciente:</b> |  |
| 2. |  | <b>Relación con el paciente:</b> |  |
| 3. |  | <b>Relación con el paciente:</b> |  |

**Aviso de prácticas de privacidad**

Acuso haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad del centro en el que se describe las maneras en que el centro puede usar y divulgar mi información de atención médica para tratamiento, y operaciones de atención médica/pago y otras que se describen y para usos y divulgaciones permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de cumplimiento si tengo una pregunta o un reclamo. En la medida en que la ley lo permita, doy mi consentimiento al uso y la divulgación de mi información a los fines que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad del centro.

**Divulgación de información**

Entre los motivos para divulgar la historia clínica de un paciente se encuentran:

- Compañía(s) aseguradora(s), sus agentes u otro tercero pagador o
- Agencias gubernamentales o de servicios sociales que podrían pagar cualquier parte de los gastos médicos/hospitalarios efectuados o
- Representantes autorizados de Langley Health Services según lo exija la ley o
- Proveedores de atención alternativos, incluidas agencias y servicios comunitarios, según las indicaciones del proveedor del paciente, o
- Según lo solicite el paciente o la familia del paciente para atención posterior a la estadía hospitalaria.

El paciente reconoce y acepta que se podrá acceder a una parte o toda la historia clínica del paciente a través del portal para el paciente o el Intercambio de información de salud. El paciente entiende y acepta que la historia clínica del paciente estará disponible para todas las entidades y proveedores afiliados a Langley Health Services, y a los proveedores no afiliados a Langley en cumplimiento de las disposiciones de uso significativo.

**Derechos, responsabilidades e información, y asistencia clínica centrada en el paciente**

Elijo participar en la asistencia clínica centrada en el paciente (Patient-Centered Medical Home, PCMH). Estos documentos están publicados en la recepción y en nuestro sitio web: [www.langleymedicalcenter.com](http://www.langleymedicalcenter.com). Acepto que he recibido o se me ha permitido ver una copia de cada una de estas políticas y que entiendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos en ellas.

**Servicios que no sean de emergencia fuera del horario de atención normal**

Fuera del horario de atención, los pacientes tienen acceso a proveedores de guardia las 24 horas, los siete días de la semana a través de un servicio de contestador automático si llaman al (352) 793-5900. Si necesita un resurtido de medicamentos, comuníquese con su farmacia o con Langley Health Services durante el horario de atención normal. Para recibir servicios de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

**Residentes, estudiantes y observadores**

Entiendo que Project Health, Inc. d/b/a Langley Health Services (LHS) apoya la educación de profesionales médicos y cuenta con estudiantes que pueden ayudar en lo referido a la atención. Entiendo que, de acuerdo con las normas y certificaciones federales de LHS, así como la capacitación educativa, puede haber residentes, estudiantes y observadores presentes en las áreas de atención de pacientes.

**Política en caso de inasistencia a las citas**

Si no puede asistir a su cita con un proveedor, se espera que usted se comunique con el consultorio con anticipación para asegurarse de reprogramarla. Si no se comunica con el consultorio antes del horario de su cita, la cita que perdió se considerará una "inasistencia a la cita". Si tiene tres o más "inasistencias a citas" en un plazo de 3 meses, se le informará que ahora está en una lista de espera para consultar a un proveedor de LHS. Se lo contactará para programar citas cuando haya disponibilidad en la lista de espera. En caso de que necesite atención de urgencia, hay citas para el mismo día disponibles en todas las instalaciones de LHS para necesidades médicas u odontológicas.

**Aviso de Política acerca de directivas anticipadas *solo para pacientes de más de 18 años***

Las directivas anticipadas son declaraciones legales que indican qué tipo de tratamiento médico quiere recibir o no en caso de que la persona no pueda tomar decisiones; también indican quién está autorizado a tomar esas decisiones en su nombre. Las

directivas anticipadas se redactan y se atestiguan antes de que se produzca una lesión grave, un evento que pueda poner en riesgo la vida o algunos procedimientos quirúrgicos.

De acuerdo con las leyes federales y estatales, este documento sirve como notificación de que desestimaremos su directiva anticipada en caso de que sufra un evento que ponga en riesgo su vida cuando esté en alguna de las instalaciones de Langley Health Services y se lo traslade a un nivel de atención superior.

Si firma a continuación, está de acuerdo y entiende esta notificación. Indique a continuación si tiene o no directivas anticipadas o si desea recibir información acerca de ellas.

Tengo una directiva anticipada.

No tengo una directiva anticipada.

Me gustaría recibir información sobre directivas anticipadas.

**Consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud protegida (Protected Health Information, PHI)**

Project Health, Inc. d/b/a Langley Health Services (LHS) tiene el compromiso de garantizar la privacidad y la confidencialidad de su información médica. Para ayudarnos a proteger su privacidad, complete la siguiente información:

(Marque Sí o No)	Sí	No
¿Podemos dejar un mensaje con información clínica si no nos atiende?		
¿Podemos dejar un mensaje acerca de inquietudes de facturación si no nos atiende?		
¿Podemos enviarle un recordatorio de una cita por mensajería de texto? <i>Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su proveedor de telefonía celular?</i>		
¿Podemos enviarle un mensaje de correo electrónico acerca de recordatorios y notas clínicas?		

¿Podemos dejar información relacionada con su atención médica a otra persona que no sea usted (cambios en los medicamentos, resultados de análisis de laboratorio, citas, etc)?

Sí (Si la respuesta es afirmativa, indique los nombres en el espacio que figura a continuación)  No

Nombre	Relación	Número de teléfono

\*\*Tiene derecho a revocar con quién hablamos sobre su salud en cualquier momento. Complete un nuevo formulario de consentimiento.

**Cesión de beneficios de Medicare *solo para pacientes con cobertura de Medicare***

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago de acuerdo con el Título XVIII de la Ley de seguro social es correcta. Autorizo a cualquiera que tenga información médica acerca de mí a divulgar a la Administración del seguro social o sus intermediarios o aseguradores toda la información necesaria para esta reclamación o una reclamación relacionada con Medicare. Solicito que los beneficios autorizados o el pago se realicen en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos o autorizo a esos médicos u organizaciones a enviar una reclamación a Medicare y solicitar el pago de los beneficios del seguro médico al tercero que acepte la cesión. Autorizo que una copia de esta autorización se use en lugar del original, siempre y cuando reciba servicios en LHS. Entiendo que soy responsable del monto de mi coseguro en los servicios que cubre Medicare. Además, entiendo que el deducible de la Parte B no se aplica a servicios de FQHC. Sin embargo, en caso de que reciba servicios que no están cubiertos según FQHC, seré responsable del deducible de la Parte B. He completado una copia del Cuestionario de pagador secundario de Medicare (Medicare Secondary Payor, MSP).

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Cuando se revoque el consentimiento, solo afectará mi información de salud de ese momento en adelante.

**Mediante mi firma a continuación, verifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender. Además, estoy de acuerdo, entiendo y doy mi consentimiento a todos los puntos de la sección Consentimientos y acuses de recibo.**

FIRMAS REQUERIDAS	
Firma del paciente/tutor:	Fecha de hoy:
Firma del empleado de Langley Health Services:	Fecha de hoy:

**Consentimiento informado para procedimientos odontológicos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

***Todos los pacientes deben completar los puntos 1 a 4 que aparecen a continuación***

PROCEDIMIENTO	ESCRIBA SUS INICIALES PARA OTORGAR CONSENTIMIENTO
<p><b>1. EXÁMENES Y RADIOGRAFÍAS</b>            Entiendo que la consulta inicial puede requerir radiografías a fin de completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Entiendo que se me proporcionará un plan de tratamiento detallado. Por el presente documento doy mi consentimiento y autorizo a que el personal de Langley Health Services (LHS) me realice exámenes y proporcione tratamiento en Project Health, Inc. d/b/a Langley Health Services (LHS). Los empleados de LHS explicarán la necesidad de examen y tratamiento, y la posibilidad de que se presenten efectos secundarios indeseables. Entiendo que no hay garantías ni certezas en cuanto al resultado que puede obtenerse, pero los empleados de LHS serán prudentes en cuanto a mi diagnóstico y tratamiento. Se obtendrá un Consentimiento informado para procedimientos odontológicos.</p>	
<p><b>2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS</b>            Se me ha informado y entiendo que los antibióticos y los analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e inflamación del tejido, dolor, picazón, vómitos y shock anafiláctico (reacción alérgica grave). He informado al odontólogo sobre todas las alergias que sé que tengo y todos los medicamentos que tomo en la actualidad.</p>	
<p><b>3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO</b>            Entiendo que durante el tratamiento tal vez sea necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las afecciones que se detecten, cuando se trabaja en los dientes, que no eran detectables durante el examen. Se explicará cualquier cambio en el plan de inmediato y se firmará un nuevo consentimiento de ser necesario. El cambio más común en el plan de tratamiento es el descubrimiento de la necesidad de realizar un tratamiento de conducto radicular durante los procedimientos de restauración o después de ellos.</p>	
<p><b>4. TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b>            Entiendo que puede desarrollarse o intensificarse el golpeteo, el chasquido, el bloqueo y el dolor en las articulaciones (cerca del oído) después del tratamiento odontológico de rutina durante el cual la boca se mantiene abierta. Aunque los síntomas de trastornos de la articulación temporomandibular relacionados con el tratamiento odontológico, por lo general, son de naturaleza transitoria y la mayoría de los pacientes los tolera bien. Entiendo que en caso de que surja la necesidad de tratamiento, se me derivará a un especialista para que realice el tratamiento y el costo será mi responsabilidad.</p>	

**HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS -  
entregue esta página a un miembro del equipo de personal clínico**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha de hoy:
Nombre del proveedor de atención primaria:	Número de teléfono del proveedor:	
Fecha del último examen de atención primaria:		
Lista de medicamentos actuales:		

<b>HISTORIA CLÍNICA (¿actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas? En caso afirmativo, marque la casilla)</b>			
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Trastornos mentales/psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>
Adicciones	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Úlcera/reflujo	<input type="checkbox"/>
Defectos cardíacos congénitos	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>
Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>
Afecciones pulmonares: asma, enfisema	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>
Se agita con facilidad	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
Desmayos/convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	Enfermedades contagiosas	<input type="checkbox"/>
Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	SIDA, CRS, VIH	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial/reemplazo articular	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Otra:	<input type="checkbox"/>

<b>ALERGIAS (mencione todas las que se le han identificado)</b>
<b>CIRUGÍAS BUCALES (mencione todas las que se le han realizado)</b>
<b>HOSPITALIZACIONES</b>

<b>SOLO PARA MUJERES</b>	
¿Está embarazada actualmente o está intentando quedar embarazada?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
¿Está amamantando actualmente?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
¿Está tomando pastillas anticonceptivas actualmente?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

<b>FACTORES DE RIESGO</b>
¿Consumo de tabaco? <input type="radio"/> Actual <input type="radio"/> En el pasado <input type="radio"/> Nunca
¿Consumo de drogas? <input type="radio"/> Actual <input type="radio"/> En el pasado <input type="radio"/> Nunca
¿Consumo de alcohol? <input type="radio"/> Actual <input type="radio"/> En el pasado <input type="radio"/> Nunca

<b>HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA</b>			
Fecha de la última consulta odontológica:			
¿Con qué frecuencia usa hilo dental? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Con frecuencia			
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Con frecuencia			
<b>¿Actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marque SÍ o NO</b>			
Dientes sensibles	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Dientes dolorosos	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Rechinar/chocar los dientes	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Dolor en la mandíbula o el rostro	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Implantes dentales	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Antecedentes de tratamiento de ortodoncia (por ej., aparatos de ortodoncia, Invisalign, etc.)		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	

Firma del paciente:	Firma del proveedor:
---------------------	----------------------

## Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

### DERECHOS DEL PACIENTE

- El paciente tiene derecho a que se lo trate con cortesía y respeto, a que se valore su dignidad individual y a que se proteja su necesidad de privacidad.
- El paciente tiene derecho a una respuesta oportuna y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- El paciente tiene derecho a saber quién le proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención.
- El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente hay disponibles, incluido si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- El paciente tiene derecho a conocer qué reglas y normas se aplican a su conducta.
- El paciente tiene derecho a que un proveedor de atención médica le proporcione información acerca de su diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- El paciente tiene derecho a rehusarse a cualquier tratamiento, a menos que la ley estipule lo contrario.
- El paciente tiene derecho a que se le proporcione, a pedido, información completa y asesoramiento necesario acerca de la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- El paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, a pedido y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica aceptan la tarifa asignada por Medicare.
- El paciente tiene derecho a recibir, a pedido, antes del tratamiento, un cálculo razonable de los costos de la atención médica.
- El paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada, clara y comprensible y, a pedido, en la que se le expliquen los cargos.
- El paciente tiene derecho al acceso imparcial al tratamiento médico o adaptaciones, independientemente de la raza, el origen nacional, la religión, las discapacidades físicas y la fuente de pago.
- El paciente tiene derecho a recibir medicamentos para aliviar el dolor.
- El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico tiene fines de investigación experimental y a dar o a rehusar su consentimiento a participar en esa investigación experimental.
- El paciente tiene derecho a dar su opinión, ya sea positiva o negativa, acerca del servicio que recibió.
- El paciente tiene derecho a expresar quejas acerca de una violación de sus derechos, según lo estipulan las leyes de Florida, a través del procedimiento de queja del proveedor de atención médica o del centro de atención médica que lo atendió y a la agencia pertinente que otorga licencias.
- El paciente tiene derecho a cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
- El paciente tiene derecho a surtir sus recetas en la farmacia que elija.
- El paciente tiene derecho a recibir información y una explicación respecto del enfoque de asistencia clínica centrada en el paciente.
- El paciente tiene derecho a obtener información y formularios relacionados con las directivas anticipadas (testamento vital y designación de un apoderado para la atención médica).

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- El paciente es responsable de proporcionar información completa y precisa, a su leal saber y entender, acerca de su salud al proveedor de atención médica. La información incluirá cualquier medicamento que tome, incluidos los productos de venta libre y los suplementos dietarios, las alergias, las sensibilidades, las dolencias actuales, las enfermedades pasadas, las hospitalizaciones y otros temas relativos a su atención.
- El paciente es responsable de informar cambios inesperados en su afección al proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si entiende el plan de acción previsto y qué se espera de él/ella.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento indicado y acordado con el proveedor de atención médica y de participar en su atención.
- El paciente es responsable de tener un adulto responsable que le proporcione transporte a su hogar y que permanezca con el paciente según lo indicado por el proveedor o según lo indicado en las instrucciones del alta.
- El paciente es responsable de asistir las citas y, cuando no pueda hacerlo por algún motivo, de informar al proveedor de atención médica o al centro de atención médica.
- El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor.
- El paciente es responsable de garantizar que las obligaciones financieras de su atención médica se paguen lo antes posible.
- El paciente es responsable de la necesidad de aceptar la responsabilidad financiera personal de cualquier cargo que el seguro no cubra.
- El paciente es responsable de respetar las reglas y normas del centro de atención médica en cuanto a la atención del paciente y de tratar con respeto a todos los profesionales y el personal de atención médica, así como a los demás pacientes y visitantes.
- Si participa en la asistencia clínica centrada en el paciente, el paciente es responsable de hablar con su equipo acerca de preguntas relacionadas con su salud, compartir éxitos y desafíos de atención médica del pasado, informar al equipo acerca de otros profesionales de atención médica que lo atienden, seguir el plan de atención médica que se ha acordado, asegurándose de que entiende el plan y formulando preguntas si no lo entiende, informar al equipo si tiene dificultades para respetar el plan de atención e informar si el plan de atención no está funcionando, de manera tal de que, en conjunto, se realicen modificaciones de ser necesario.



## Aviso de prácticas de privacidad En vigencia a partir del 30 de septiembre de 2013

***Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica acerca de usted y cómo puede tener acceso a esa información. Revise este aviso minuciosamente.***

Su historia clínica puede incluir información personal acerca de su salud. Esta información puede identificarlo y relacionarse con una afección física o mental del pasado, del presente o del futuro y con los servicios de atención médica relacionados con ella, y se denomina Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). Este Aviso de prácticas de privacidad describe de qué manera podemos usar y divulgar su PHI de acuerdo con las leyes aplicables. También describe sus derechos acerca de cómo puede tener acceso a su PHI y controlarla. Las leyes nos exigen que mantengamos la privacidad de la PHI y que le proporcionemos un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad acerca de la PHI. Tenemos la obligación de respetar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier Aviso de prácticas de privacidad nuevo estará vigente para toda la PHI que tengamos en ese momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso de prácticas de privacidad revisado publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo postal si lo solicita o proporcionándole una en su siguiente cita.

### **Cómo podemos usar y divulgar su información de atención médica:**

- **Para atención o tratamiento:** Su PHI puede usarse y divulgarse a quienes estén involucrados en su atención a fines de proporcionar, coordinar o administrar sus servicios. Esto incluye consultas con supervisores clínicos u otros miembros del equipo. Se requiere su autorización para divulgar su PHI a cualquier otro proveedor de atención médica que no esté involucrado actualmente en su atención. **Por ejemplo:** *Si otro médico lo derivó a nosotros, tal vez queramos comunicarnos con ese médico para conversar acerca de su atención. De la misma manera, si lo derivamos a otro médico, podemos contactarlo para conversar sobre su atención o ellos pueden contactarnos.*
- **Para pagos:** Su PHI se puede usar y divulgar a cualquier tercero que esté involucrado en el pago de la atención o del tratamiento. Si paga por su atención o tratamiento completamente de su bolsillo sin usar ningún seguro, puede restringir la divulgación de su PHI para pagos. **Por ejemplo:** *Su pagador puede requerir copias de su PHI durante el curso de una solicitud de historia clínica, una auditoría o revisión de registros.*
- **Para operaciones comerciales:** Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, a fin de apoyar nuestras actividades comerciales entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de los empleados, otorgamiento de licencias y para llevar a cabo u organizar otras actividades comerciales. También podemos divulgar PHI cuando le proporcionamos recordatorios de citas o le dejamos mensajes en el teléfono o en su hogar acerca de preguntas que hizo o resultados de análisis. **Por ejemplo:** *Podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ej., el Consejo de certificación u otros organismos regulatorios o que otorgan licencias) siempre y cuando tengamos un contrato escrito con la compañía que exija que proteja la privacidad de su PHI.*
- **Si lo exige la ley:** De acuerdo con las leyes, debemos poner a su disponibilidad las divulgaciones de su PHI, si nos lo solicita. Además, podemos hacer divulgaciones a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos con fines de investigación o para determinar nuestro cumplimiento de las Normas de privacidad, si es necesario.
- **Sin autorización:** Las leyes y los estándares éticos aplicables nos permiten divulgar su información sin autorización solo en una cantidad limitada de otras situaciones. Entre los ejemplos de algunos tipos de usos y divulgaciones que se pueden realizar sin su autorización se incluyen:
  - Según lo que exigen las leyes, como la denuncia obligatoria en caso de abuso o negligencia infantil o para auditorías o investigaciones obligatorias gubernamentales, como del departamento de salud, o de agencias.
  - Por orden de un tribunal.
  - Necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud de una persona o del público. Si la información se divulga para prevenir o reducir una amenaza grave se divulgará a una persona o a personas razonablemente capaces de prevenir o reducir la amenaza, incluido el objeto de la amenaza.
- **Autorización verbal:** Podemos divulgar su información a miembros de su familia que estén involucrados directamente en que usted reciba servicios con su autorización verbal.
- **Con autorización:** Los usos y divulgaciones que no están específicamente permitidos por las leyes aplicables **solo se realizarán con su autorización por escrito**, la cual se puede revocar. Se requiere su autorización explícita para divulgar notas de psicoterapia y PHI a los fines de comercialización, comunicaciones de tratamiento subsidiado y para la venta de esa información.
- **Sus derechos acerca de su PHI**
- Tiene los siguientes derechos respecto de la PHI que tenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestro Funcionario de privacidad:



- **Derecho a tener acceso para revisar u obtener copias.** Tiene derecho, que puede estar restringido solo en circunstancias excepcionales o con documentos que nos divulgaron a nosotros, a revisar y obtener copias de la PHI que pueda usarse para tomar decisiones acerca de servicios prestados.
- **Derecho a realizar enmiendas.** Si cree que la PHI que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos la información, aunque no tenemos obligación de aceptar hacerlo.
- **Derecho a una contabilización de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una contabilización de determinadas divulgaciones que hagamos de su PHI. Podemos cobrar una tarifa razonable si solicita más de una lista en cualquier plazo de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación al uso o divulgación de su PHI para servicios, pagos o para operaciones comerciales. No tenemos obligación de aceptar su solicitud.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de temas referidos a la PHI de una forma específica (por ej., por teléfono, por correo electrónico, por correo postal, etc.)
- **Derecho a recibir una copia de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia de este aviso.

### **Privacidad del sitio web**

Nunca se venderá ni se arrendará ninguna información personal que nos haya proporcionado a través de nuestro sitio web, incluida su dirección de correo electrónico a ningún tercero sin su autorización expresa. Si nos proporciona información personal o de contacto a fin de recibir algo de parte nuestra, podemos recolectar y almacenar esos datos personales. No recolectamos su dirección de correo electrónico personal de forma automática simplemente porque visite nuestro sitio web. En algunos casos, podemos asociarnos con terceros para brindar servicios como boletines informativos, encuestas para mejorar nuestros servicios, actualizaciones de salud o de la compañía y, en esos casos, tal vez debamos proporcionar su información de contacto a esos terceros. Sin embargo, esta información solo se proporcionará a terceros asociados específicamente para estas comunicaciones, y el tercero no usará su información por ningún otro motivo. Aunque podemos hacer un seguimiento de la cantidad de visitantes en páginas específicas de nuestro sitio web y descargar información de páginas específicas, estas cifras solo se usan en conjunto y sin ninguna información personal. Podemos compartir esta información demográfica con nuestros asociados, pero no está vinculada con ninguna información personal que pueda identificarlo a usted o a ningún visitante de nuestro sitio web.

Nuestro sitio puede incluir enlaces a otros sitios web externos. No podemos hacernos responsables de las políticas o prácticas de privacidad de estos sitios y lo alentamos a revisar las prácticas de privacidad de todos los sitios de Internet que visita. Aunque nos esforzamos por garantizar que toda la información que se proporciona en nuestro sitio web sea correcta y precisa, no realizamos garantías, expresas o implícitas, respecto de la precisión, la completud o la actualidad de la información disponible en nuestro sitio web. No somos responsables ante nadie por ninguna pérdida, reclamación o daños causados, en su totalidad o en parte, por cualquier información que se proporciona en nuestro sitio web. Si visita nuestro sitio web, da su consentimiento a que se recolecte y use información personal según lo que se especifica aquí. Todos los cambios a la Política de privacidad se harán públicos en este sitio de modo tal que sepa qué información se recolectará y cómo se la usará.

### **Violaciones:**

Se lo notificará de inmediato si recibimos información que indique que ha habido una violación de la seguridad que involucre su PHI.

### **Reclamos:**

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar un reclamo por escrito a nuestro Funcionario de privacidad en LHS. Si tiene preguntas y quiere recibir información adicional, puede comunicarse con nosotros al (352) 793-5900 o a la línea gratuita (888) 298-5510.