

¡Bienvenido a UCF Health!

Como paciente, usted recibirá atención individualizada de los mismos médicos que están capacitando a la siguiente generación de médicos en la Facultad de Medicina de UCF.

Agradecemos el tiempo y esfuerzo que toma completar este nuevo paquete del paciente, el cual se convertirá en parte de su expediente médico permanente. De hecho, debe saber que todos los médicos en UCF Health utilizan expedientes médicos electrónicos por las siguientes razones:

1. **Menos errores:** los expedientes médicos electrónicos eliminan el trabajo de adivinar las recetas médicas escritas a mano en la farmacia. También alerta a su médico cuando existen posibles interacciones de medicamentos, lo que puede ser peligroso y hasta representar un riesgo para la vida.
2. **Ahorran tiempo:** las recetas médicas se envían a su farmacia de manera electrónica desde nuestro consultorio para que estén listas para que usted las recoja al llegar. Asegúrese de llamar primero para asegurarse de que sus medicamentos estén en existencia y su orden se haya procesado.
3. **Acceso fácil:** su médico puede acceder fácilmente a sus expedientes médicos desde su computadora, incluso después de horas hábiles. Además, si alguna vez necesita una copia para usted o para el consultorio de otro médico, es muy fácil de obtener ya que se encuentra en formato digital.
4. **Atención coordinada:** si se enferma o tiene una emergencia médica mientras viaja, los médicos autorizados pueden acceder a sus expedientes médicos para que puedan tomar decisiones informadas con base en su historial médico. Esto también es útil para los estudiantes que asisten a una escuela fuera de la ciudad y turistas que viajan a Florida durante parte del año.
5. **Mayor seguridad:** ya que sus expedientes médicos son electrónicos, aún si hubiera una suspensión temporal de las computadoras o un desastre natural como un huracán o incendio, sus expedientes permanecerán seguros y todavía estarán accesibles.

Gracias por elegir UCF Health para sus necesidades de atención médica. Trabajaremos arduamente para mantenerle saludable y ganar su confianza durante todas y cada una de sus visitas.

Atentamente,

Maria Cannarozzi, M.D.

Directora Médica, UCF Health

Profesora Adjunta, Facultad de Medicina de UCF

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

(Coloque una marca de verificación en cualquiera de los siguientes síntomas que esté experimentando).

GENERAL:

Fiebre Escalofríos Sudores nocturnos Debilidad Fatiga Pérdida de peso Aumento de peso

OJOS:

Cambios visuales recientes Amarillamiento Secreción de los ojos Visión borrosa Visión doble
 Ojos secos Irritación Dolor en los ojos

OÍDOS, NARIZ, GARGANTA:

Disminución de la audición/Usa dispositivos auditivos Dolor de oídos Congestión nasal
 Dolor de garganta Boca seca Dificultad para masticar/tragar Roncar Problemas de los dientes o encías Aftas/lagas en la boca Hemorragia nasal

PULMONES:

Falta de aire Tos Espujo Tos con sangre Sibilancia Uso de oxígeno en el hogar

PECHO:

Molestias en el pecho Palpitaciones Desvanecimiento Pérdida de conciencia
 Falta de aire en reposo o al hacer esfuerzo

ABDOMEN:

Náusea Vómitos Diarrea Estreñimiento Acidez Dolor abdominal
 Heces negras o con sangre

GENITOURINARIO:

Dolor o ardor al orinar Sangre en la orina Cambio en el flujo de la orina Incontinencia urinaria

HOMBRES: ¿Tiene historial de problemas de próstata? ¿Tiene alguna inquietud sobre la función sexual?

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

Tendencia a hematomas Tendencia a sangrar Inflamación de los ganglios linfáticos
 Historial de coágulos sanguíneos en las piernas o pulmones

ENDOCRINO:

Sed excesiva Micción excesiva Intolerancia al frío Intolerancia al calor Hambre excesiva

MUSCULOESQUELÉTICO:

Dolor de espalda Dolor de cuello Dolor de articulaciones Dolor muscular Inflamación o enrojecimiento de articulaciones Rigidez

PIEL:

Sarpullido Piel seca Pérdida de cabello Sensibilidad al sol

NEUROLOGÍA:

Equilibrio anormal Entumecimiento Hormigueo Dolor de cabeza Temblores Historial de convulsiones Problemas de la memoria

PSICOLÓGICO: Ansiedad Depresión Dificultad para dormir

OTRO: Hinchazón de piernas Dolor de piernas al caminar

MUJERES: Hemorragia vaginal Secreción vaginal Sequedad vaginal

¿Tiene alguna inquietud sobre la función sexual?

Fecha del último período de menstruación: _____

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS: ¿Alguna caída en los últimos 12 meses?

Historial de huesos fracturados

Historial personal de osteoporosis

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alergias a medicamentos: describa los medicamentos y las reacciones que le causan.

Farmacia preferida: Nombre: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Describa sus medicamentos y las dosificaciones correspondientes en la tabla a continuación y proporcione las razones por las que los toma. Describa todas las vitaminas, medicamentos de venta libre, hierbas, etc.

Medicamento	Dosis (unidades o mg)	Razón/Fecha de la receta médica

Hábitos de salud	
Tabaco (cigarrillos o para masticar):	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Nunca
Para uso actual o anterior, proporcione la cantidad al día: _____ Número de años que lo usó/lo ha usado: _____	
Alcohol:	<input type="checkbox"/> Sí: __Cerveza __Vino __Bebidas alcohólicas fuertes Cantidad al día: _____ <input type="checkbox"/> No
Bloqueador solar:	<input type="checkbox"/> Sí: (Si respondió que sí, qué potencia) _____ <input type="checkbox"/> No
Ejercicio:	<input type="checkbox"/> Sí: (Si respondió sí, qué tipo, frecuencia a la semana y duración) _____ <input type="checkbox"/> No

¿Tiene alguna Instrucción médica anticipada? Sí No Si es así, fecha: _____

De lo contrario, ¿desearía recibir información? Sí No

Certifico que mi *Cuestionario de historial médico* es preciso. Además, certifico que he leído y acepto las *Políticas y procedimientos del paciente y Aviso de Prácticas de privacidad* (rev. 122009.01) ubicado en el **sitio web de UCF Health (www.ucfpegasushealth.org)** incluyendo: 1) *Política y procedimientos de pago y facturación*; 2) *Política de inasistencia a citas*; 3) *Divulgación de información para reembolso y asignación de beneficios*; 4) *Aviso de Prácticas de privacidad (HIPAA)*

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a UCF Health sobre cualquier cambio a las instrucciones anteriores.

Firma del paciente (o encargado del cuidado/padre/madre/tutor, si es menor de edad)

Fecha

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ ¿Es usted un estudiante actual de UCF COM? Sí No

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Pareja doméstica

Nombre del cónyuge/pareja doméstica: _____

Discapacidad visual Discapacidad auditiva

Idioma principal _____ Raza _____ Etnia _____

Nombre del padre/madre/tutor, si el paciente es un menor:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección, si es diferente: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Métodos preferidos de contacto:

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

La siguiente información nos ayudará a comunicarnos con usted sobre su atención mientras protegemos su confidencialidad. Cuando devolvemos las llamadas y contesta una máquina contestadora, no dejamos mensaje si el nombre del número de teléfono no está registrado en el mensaje para identificar la residencia. Tampoco se dejará información con una persona que no esté autorizada que pueda responder el teléfono.

¿Podemos hablar con alguien que no sea usted cuando confirmemos su cita?

No me deje mensaje ni divulgue información a nadie. Hable conmigo directamente.

Sí; describa a continuación

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

QUIÉN ES RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DEL PACIENTE (GARANTE)

Paciente: Sí No **Si responde no, proporcione detalles a continuación.**

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Extensión: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador del garante: _____

Relación del paciente con el garante: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguro primario: _____

N.º de identificación del seguro _____ N.º de grupo _____

Teléfono de beneficios o servicio al cliente: _____

Teléfono de Certificación o autorización: _____

¿El paciente es el titular principal de la póliza? Sí No

¿Es el garante el titular principal de la póliza? Sí No

Si responde a ambas preguntas con "no", complete la siguiente información con relación al titular principal de la póliza.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación del paciente con el asegurado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____ Extensión: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

¿Tiene seguro secundario? Sí No

Si responde sí, complete la información a continuación con relación al titular principal de la póliza del seguro secundario.

Nombre de la compañía del seguro secundario: _____

N.º de identificación del seguro: _____ N.º de grupo: _____

Teléfono de beneficios o servicio al cliente: _____

Teléfono de Certificación o autorización: _____

¿El paciente es el titular principal de la póliza? Sí No

¿Es el garante el titular principal de la póliza? Sí No

Si responde a ambas preguntas con "no", complete la siguiente información con relación al titular principal de la póliza.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación del paciente con el asegurado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____ Extensión: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Certifico que la información anterior es mi información personal y no se ha obtenido de manera fraudulenta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a UCF Health sobre cualquier cambio a las instrucciones anteriores.

Firma del paciente o representante autorizado del paciente

Fecha

Si lo firma el Representante del paciente, escriba el nombre con letra de molde y describa la relación con el paciente o especifique otra autoridad para actuar:

Nombre

Relación con el paciente

¿Cómo se enteró de nosotros?

1. ¿Cómo se enteró de nosotros? Marque **TODAS** las que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Artículo impreso |
| <input type="checkbox"/> Referido del médico | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Compañía de seguros | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> UCF Student Health | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social |
| <input type="checkbox"/> Información por correo | <input type="checkbox"/> Evento corporativo |
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Evento comunitario |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Evento en UCF Health |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ | |

2. ¿Cuál es su código postal? _____

3. Si desea recibir información médica periódica, proporciónenos su nombre y correo electrónico:

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Fecha de la visita: ____/____/____

Bienvenido a UCF Health. Somos una facultad clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Central Florida y nuestro objetivo es proporcionar atención médica de alta calidad que cumpla con sus necesidades individuales. Todos nuestros médicos y personal son parte de la Facultad de Medicina de UCF y, ocasionalmente, incluimos a estudiantes de medicina en nuestros equipos clínicos.

Es un honor servirle y recibimos con gusto sus preguntas y sugerencias. A continuación encontrará algunos consentimientos y autorizaciones estándar.

- I. Autorización para Procedimiento de diagnóstico de rutina, tratamiento médico, educación e investigación:** por el presente otorgo mi consentimiento para dichos procedimientos de diagnóstico y tratamientos médicos que, a criterio de mi proveedor de atención médica, pueden considerarse necesarios o aconsejables mientras soy paciente de UCF Health. Reconozco que los médicos y el personal de UCF Health son empleados de una institución de educación e investigación de atención médica y que mi tratamiento y atención pueden observarse y, en algunos casos, recibir asistencia de estudiantes bajo la supervisión apropiada. Otorgo mi consentimiento para que UCF Health tome fotografías mías en el transcurso y que se relacionen con mi tratamiento y que utilicen dichas fotografías y mis datos médicos para propósitos educativos. Por el presente autorizo a UCF Health para que conserve, preserve y use para propósitos científicos, educativos o de investigación o desecho, si así lo considera adecuado, cualquier muestra o tejido tomado de mi cuerpo.
- II. Asignación de beneficios y responsabilidades de pago:** por el presente asigno a UCF Health el pago de cualquier tercer pagador con quien tenga cobertura o de quien los beneficios sean o puedan convertirse pagaderos a mi nombre, por los cargos de cualquier servicio de atención médica que reciba por, relacionado con o con relación a esta visita o tratamiento por UCF Health (pasado, presente o futuro). Acepto ser responsable personalmente del pago de cualquier servicio de atención médica que no esté cubierto por mi tercer pagador, incluyendo, pero sin limitarse a servicios no cubiertos o fuera de la red, deducibles, coseguro y/o copagos. Los terceros pagadores incluyen, pero no se limitan a la cobertura disponible para: Medicare, Medicaid, Tri-care los programas del gobierno; el seguro médico, contra accidentes, para automóviles o de otro tipo; la compensación de los trabajadores; HMO (comercial, Medicaid, Medicare); empleados con seguro propio; y cualquier patrocinador que pueda contribuir al pago de los servicios.
- III. Divulgación de Información médica por UCF Health:** al firmar a continuación como Paciente/Representante, por el presente autorizo a los médicos de UCF Health que prestan servicios durante el tratamiento y atención, a que divulguen información y/o copias de mis expedientes médicos (incluyendo información relacionada con la atención psiquiátrica y/o psicológica, abuso de alcohol y/o sustancias y pruebas de VIH) y otra información que pueda ser requerida para mi atención médica y garantizar el pago de los cargos incurridos por mí o en mi nombre, a: cualquier centro o proveedor afiliado de UCF Health, el Registro de tumores, mi médico, mi médico remitente, el Garante de mis cuentas, las compañías de seguro de las que tengo beneficios asignados por mi tratamiento y atención, o a cualquier patrocinador que UCF Health pueda obtener posteriormente para que contribuya con el pago de mi tratamiento y atención. Además, autorizo la divulgación de cualquier información a cualquiera y todas las organizaciones reglamentarias y/o de acreditación, según sea necesario para que UCF Health mantenga su estado de autorización y acreditación. Además, autorizo la divulgación de cualquier información a las agencias de salud pública del condado, del estado o federales, según lo requiera la ley. Además, autorizo al Departamento de Servicios Infantiles y Familiares y/o a la Administración de Seguro Social a que divulgue cualquier información confidencial del caso a mi solicitud para asistencia del gobierno, que sea solicitada por UCF Health.

- IV. Acuerdo del Garante:** al firmar a continuación como Paciente/Representante o Garante, o como Cónyuge del paciente/representante o Cónyuge del garante, por el presente acepto que todos los cargos relacionados con el tratamiento que no estén cubiertos por ningún seguro, programa, patrocinio u otra cobertura de terceros que pueda tener, se vencen y son pagaderos por mí al momento de la visita o discontinuidad del tratamiento. Si la información sobre el seguro que he proporcionado no está activa al momento del servicio o si los servicios proporcionados no están cubiertos por mi compañía de seguros, seré responsable de cualquier saldo vencido al momento del servicio. Los cargos que acepto pagar son aquellos que se describen en los Programas de Tarifas por cobros de facturación actuales a menos que un acuerdo vigente determine lo contrario. Entiendo que los estados de facturación se enviarán al paciente a quien se prestó el servicio, pero como garante, soy responsable del pago. Por el presente reconozco que, a menos que UCF Health y mi compañía de seguros o una tercera aseguradora hayan acordado que no se me facturará, si UCF Health ha aceptado facturar mi seguro u otra tercera aseguradora ha aceptado hacerlo como cortesía y que UCF Health tiene derecho de demandar el pago completo de mi parte en cualquier momento antes del pago total de cualquier aseguradora. Si una cuenta vencida es referida para cobro, acepto pagar los honorarios del abogado, costos del tribunal y/o tarifas de la agencia de cobros asociados con el proceso de cobro. Específicamente renuncio a cualquier exención de salarios por embargo, el cual podría estar disponible por ley, y acepto que mis salarios pueden ser embargados en el caso de que se celebre un Juicio contra mí para cobrar los cargos que acepté pagar.
- V. Gravamen sobre los ingresos por responsabilidades económicas de terceros:** si mi admisión o tratamiento se debe a un accidente o lesión, UCF Health deberá tener un gravamen sobre los ingresos por cualquier acción, demanda, reclamo, contrademanda o demanda que se me acumule a mí o a mi representante legal como resultado de dicho accidente o lesión, para recuperar el pago de todos los cargos de los servicios de atención médica que reciba por, relacionados con o asociados con dicho accidente o lesión (en el pasado, presente o futuro), a partir de la fecha en que se proporcionó el tratamiento. Lo anterior deberá ser aviso suficiente para mí sobre la existencia de un gravamen, el cual deberá estar vigente ya sea que se encuentre archivado o no en los registros públicos. Lo anterior es adicional a cualquier gravamen al cual UCF Health pueda tener derecho por ley.
- VI. Acuerdo de pago por servicios de componentes profesionales y otras patologías:** cuando se realicen pruebas a una muestra de mi sangre, orina, heces o material similar, la prueba se realizará bajo la supervisión del patólogo que dirige el laboratorio. El patólogo tal vez no realice la prueba ni revise sus resultados personalmente. Sin embargo, el patólogo es responsable de supervisar el laboratorio para asegurarse de que los resultados de todas mis pruebas son confiables clínicamente y se reportan a mi médico de manera oportuna. Recibiré una factura del patólogo por estos servicios de supervisión por cada prueba aún si el patólogo no realizó personalmente la prueba ni revisó sus resultados. Al firmar este Acuerdo, acepto ser responsable de la factura del patólogo hasta donde mi aseguradora o plan de atención administrada no paguen la misma.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido este Consentimiento y Autorización.

Paciente/Representante

Cónyuge del paciente/tutor

Asegurado

Asegurado

(si no es el paciente)

(si no es el paciente)

Garante

Cónyuge del garante

(si no es el paciente)

(si no es el paciente)

Testigo

Fecha

LAS COPIAS DE ESTA DECLARACIÓN DEBERÁN TENER LA VALIDEZ DE LA ORIGINAL.
LAS FIRMAS ORIGINALES SE ENCUENTRAN EN EL ARCHIVO DE UCF HEALTH.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

De acuerdo con la ley, debemos conservar la privacidad de su información de salud; proporcionarle este Aviso detallado de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud; notificarle después de un incumplimiento a la privacidad o seguridad de su información de salud protegida no segura y cumplir con los términos del Aviso que se encuentren vigentes actualmente. La fecha de vigencia de este Aviso es el 23 de septiembre de 2013.

I. USOS Y DIVULGACIONES PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Lo siguiente describe varias maneras en las que podemos usar o divulgar su información de salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Para tratamiento. Utilizaremos y divulgaremos su información de salud al proporcionarle el tratamiento y los servicios y coordinar su atención y podemos divulgar información a los proveedores adecuados involucrados en su atención. Su información de salud la pueden usar los médicos involucrados en su atención y las enfermeras, asistentes médicos y tecnólogos y otros encargados del cuidado, al igual que terapeutas físicos, farmacéuticos, proveedores de equipo médico u otras personas involucradas en su atención. Por ejemplo, los médicos y asistentes médicos de UCF Health discutirán la coordinación de su atención.

Para pago. Podemos usar y divulgar su información de salud para propósitos de facturación y pago. Podemos divulgar su información de salud a su representante o a una compañía de seguros o de atención administrada, Medicare, Medicaid u otro tercero pagador. Por ejemplo, podemos comunicarnos con Medicare o con su plan de salud para confirmar su cobertura, para solicitar la aprobación previa de los servicios que se le proporcionarán y para reembolso de la atención que se le proporcione.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud según sea necesario para las operaciones de atención médica, como acreditación, manejo, evaluación del personal, educación y capacitación y para supervisar la calidad de nuestra atención. Podemos divulgar su información de salud a otra entidad relacionada con la atención médica con la que tenga o haya tenido relación si dicha entidad solicita su información para algunas de estas operaciones de atención médica o detección de fraude o abuso de la atención médica o para actividades de cumplimiento. Por ejemplo, la información de salud de muchos pacientes puede combinarse y analizarse para propósitos como evaluación y mejora de la calidad de la atención.

II. USOS ESPECÍFICOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Lo siguiente describe varias maneras en las que podemos usar o divulgar su información de salud.

Personas involucradas en su atención o pago de su atención. A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, amigo personal cercano u otra persona que usted identifique, incluyendo al clero, quien esté involucrado en su atención.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su información de salud según sea necesario en situaciones de tratamiento de emergencia.

Según lo requiera la ley. Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley lo requiera.

Socios comerciales. Podemos divulgar su información de salud protegida a un contratista o socio comercial que necesite la información para prestar servicios a UCF Health. Nuestros contratistas y asociados comerciales están comprometidos con preservar la confidencialidad de esta información.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, reportar a una autoridad de salud pública para prevención o control de enfermedades, lesión o discapacidad; reportar abuso infantil o negligencia o reportar nacimientos y defunciones.

Reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Si consideramos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos usar y divulgar su información de salud para notificar a una autoridad gubernamental, si la ley lo autoriza o si usted está de acuerdo con dicho informe.

Actividades de supervisión médica. Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión médica para actividades de supervisión autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias, acciones disciplinarias o para actividades que involucran la supervisión del gobierno al sistema o centro de atención médica.

Para prevenir amenazas serias a la salud o seguridad. Cuando sea necesario prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud o seguridad pública o de otra persona, podemos usar o divulgar la información de salud, limitando las divulgaciones a alguien que pueda ayudar a reducir o prevenir los posibles daños.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden del tribunal o administrativa. También podemos divulgar la información en respuesta a una citación legal, solicitud de hallazgo u otro proceso legal, mientras que la parte que desea la información demuestre que se hicieron los esfuerzos razonables por dicha parte para comunicarse con usted sobre la solicitud o para obtener una orden de protección calificada de acuerdo con la sección 45 CFR 164.512 (e)(1)(v).

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información de salud para ciertos propósitos de cumplimiento de la ley, incluyendo, por ejemplo, cumplir con los requisitos de informar, cumplir con la orden de un tribunal, mandato judicial o proceso legal similar o para responder a determinadas solicitudes de información con relación a crímenes.

Investigación. Podemos usar o divulgar su información de salud para propósitos de investigación si los aspectos de privacidad de la investigación se revisaron y aprobaron, si el investigador recopila

información para preparar un protocolo de investigación, si la investigación se realiza después de su muerte o si usted autoriza el uso o divulgación.

Médicos forenses, Examinadores médicos, Directores de funerarias, Organizaciones de adquisición de órganos. Podemos divulgar su información de salud a un médico forense, examinador médico, director de funeraria o, si usted es donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.

Ayuda humanitaria. Podemos divulgar su información de salud a una organización de ayuda humanitaria.

Funciones militares, de veteranos y otras funciones específicas del gobierno. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades de mando militar. Podemos divulgar la información de salud para propósitos de seguridad nacional o según sea necesario para proteger al Presidente de los Estados Unidos o a ciertos otros funcionarios o para realizar ciertas investigaciones especiales.

Compensación de los trabajadores. Podemos usar o divulgar su información de salud para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores o programas similares.

Custodia de reclusos/cumplimiento de la ley. Si usted se encuentra bajo custodia de un oficial del cumplimiento de la ley o de una institución correccional, podemos divulgar su información de salud a la institución u oficial para ciertos propósitos incluyendo la salud y seguridad suya y de los demás.

Recordatorios de cita. Podemos usar o divulgar la información de salud para recordarle sobre alguna cita.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar o divulgar su información de salud para informarle sobre las alternativas de tratamiento y beneficios relacionados con la salud así como servicios que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos. Podemos, con su permiso, comunicarnos con usted para recaudar fondos para beneficio de Pegasus Health y usted tiene el derecho de rechazar la recepción de dichas comunicaciones.

III. USOS Y DIVULGACIONES CON SU AUTORIZACIÓN

Excepto según se describa en este Aviso, utilizaremos y divulgaremos su información de salud solo con su Autorización escrita (como, para ciertos tipos de mercadeo, venta de su información de salud protegida). Por ejemplo, solo usaremos y divulgaremos su información de salud para propósitos de mercadeo con su Autorización escrita. Además, es posible que la mayoría de las notas de psicoterapia no se divulguen para ningún propósito, incluyendo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, sin su Autorización escrita. Puede revocar una Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca una Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para los propósitos cubiertos en dicha Autorización, excepto cuando ya hayamos utilizado dicha Autorización.

IV. SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación se describen sus derechos con relación a su información de salud. Cada uno de estos derechos está sujeto a ciertos requisitos, limitaciones y excepciones. Ejercer estos derechos puede

requerir enviar una solicitud escrita a UCF Health. Cuando lo solicite, UCF Health le proporcionará el formulario adecuado para que lo llene. Usted tiene el derecho de:

Solicitud de restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en nuestro uso o divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar restricciones en la información de salud que divulguemos sobre usted a un familiar, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención o el pago de su atención.

No estamos obligados a aceptar la restricción que solicitó EXCEPTO (i) si solicita que no divulguemos cierta información médica a su aseguradora médica y que la información médica que se relaciona con un producto o servicio de atención médica por el cual hemos recibido el pago completo de otra manera de su parte o en su nombre (de alguien que no sea su aseguradora médica), entonces, debemos aceptar la solicitud a menos que la divulgación sea requerida de otra manera por la ley y (ii) si es competente, puede restringir las divulgaciones a sus familiares o amigos. Si no aceptamos la restricción que solicitó, cumpliremos con su solicitud excepto según sea necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Acceso a la Información de salud personal. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes clínicos o facturación u otra información escrita que se pueda usar para tomar decisiones sobre su atención, sujeto a algunas excepciones. Debe hacer su solicitud por escrito. En la mayoría de los casos, podemos cobrar una tarifa razonable por nuestros costos por copiar y enviar por correo su información solicitada. Puede solicitar una copia electrónica de cualquiera de sus expedientes clínicos o de facturación que se conserven electrónicamente.

Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar o recibir las copias en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información de salud, en algunos casos tiene el derecho de solicitar la revisión del rechazo. Esta revisión la realizaría un profesional de atención médica autorizado designado por UCF Health que no participó en la decisión del rechazo.

Solicitud de enmienda. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su información de salud que conserva UCF Health en tanto la información la conserve UCF Health. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe declarar la razón de la enmienda solicitada.

Podemos rechazar su solicitud de enmienda si la información (a) no la creó UCF Health, a menos que quien haya creado la información ya no esté disponible para actuar a su solicitud; (b) no es parte de la información de salud que mantiene UCF Health; (c) no es parte de la información a la que tiene el derecho de acceder; o (d) ya es precisa y completa, según lo determine UCF Health.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le entregaremos un rechazo escrito que incluye las razones del rechazo y el derecho de enviar una declaración escrita con el desacuerdo por el rechazo y cómo puede presentar dicha declaración. Además, puede solicitar que UCF Health proporcione su solicitud de enmiendas y el rechazo con cualquier divulgación futura de la información de salud protegida que esté sujeta a la enmienda, en lugar de enviar la declaración de desacuerdo.

Solicitud de un Detalle de las divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar un "detalle" de ciertas divulgaciones de su información de salud. Esta es una lista de divulgaciones hechas por UCF Health o por otros en nombre de UCF Health, pero no incluye divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (excepto cuando dichas divulgaciones se hagan a través de un expediente médico electrónico), una divulgación hecha de acuerdo con su Autorización y ciertas otras excepciones.

Para solicitar un detalle de las divulgaciones, debe presentar una solicitud por escrito indicando un período de tiempo específico. El primer detalle proporcionado dentro de un período de 12 meses será gratuito; para solicitudes adicionales, podemos cobrarle nuestros costos.

Solicitud de una copia impresa de este Aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si usted ha acordado recibir este Aviso electrónicamente. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Además, puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, www.ucfpegasushealth.com.

Solicitud de comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con relación a sus asuntos médicos de cierta manera. Nos adaptaremos a sus solicitudes razonables.

V. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PRESENTAR UNA QUEJA

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desearía obtener más información con relación a sus derechos de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de la Facultad de Medicina de UCF (UCF College of Medicine) al 407-266-1000.

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja por escrito ante la Facultad de Medicina de UCF/UCF Health y/o el Oficial de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias en su contra si presenta una queja.

Para presentar una queja ante UCF Health, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de la Facultad de Medicina de UCF al 407-266-1000.

VI. CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso e implementar la vigencia de las estipulaciones revisadas o nuevas del Aviso para toda la información de salud que ya hayamos recibido y que UCF Health conserve, al igual que toda la información de salud que recibamos en el futuro. Proporcionaremos una copia del Aviso revisado a solicitud o usted puede acceder a éste desde el sitio web de UCF Health en www.ucfpegasushealth.com.

AVISO DE ACEPTACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Recibí una copia del *Aviso de Prácticas de privacidad* de UCF Health. Entiendo que UCF Health tiene el derecho de cambiar su *Aviso de Prácticas de privacidad* de vez en cuando y que puedo comunicarme con UCF Health en cualquier momento para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de privacidad*.

Otorgo mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud protegida a las siguientes personas.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del paciente o Representante autorizado
del paciente

Fecha

Si lo firma el Representante del paciente, escriba el nombre con letra de molde y describa la relación con el paciente u otra autoridad para actuar:

Nombre

Relación con el paciente

Solo para uso del consultorio: se debe completar solo si no se obtiene la firma.
For Office Use Only – To be completed only if no signature is obtained.

He hecho lo posible por obtener la firma del paciente en este formulario, pero no pude hacerlo por las siguientes razones:

El paciente (o el Representante del paciente) rehusó firmar.

Otro: _____

Firma del Representante de UCF Health: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente de UCF Health, tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Usted tiene el derecho de:

- En todo momento y en toda ocasión, de ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio de su dignidad, seguridad y privacidad.
- Conservar ciertos derechos de privacidad de sus expedientes clínicos, hasta donde sea consistente con la prestación de atención médica adecuada y la administración eficiente del consultorio de UCF Health. Este derecho será respetado sin considerar su estatus económico o fuente de pago de su atención.
- Una respuesta oportuna y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Conocer, a solicitud, el nombre, función y credenciales de cada persona que le proporcione servicios médicos y que sea responsable de su atención.
- Saber cuáles servicios de apoyo al paciente están disponibles para usted, incluyendo un intérprete de su idioma, si no habla inglés, si está disponible uno inmediatamente, sin costo alguno para usted.
- Participar en las decisiones acerca de su atención médica y recibir información con relación a su diagnóstico, curso de tratamiento planificado, alternativas, riesgos y pronóstico, a menos que no se aconseje médicamente o sea imposible proporcionarle esta información. En este caso, la información se le entregará a su tutor o a la persona designada como su representante. Usted tiene el derecho de rechazar esta información.
- Rechazar el tratamiento con base en la información que le proporcionó su proveedor de atención médica. Si rechaza cualquier tratamiento, su rechazo será documentado por su proveedor de atención médica en su expediente de atención.
- Saber qué reglas y normas aplican a su conducta.
- Recibir, a solicitud, información completa y asesoría necesaria sobre la disponibilidad de los recursos financieros conocidos para su atención.
- Conocer, a solicitud y antes del tratamiento, si UCF Health acepta la tarifa de asignación de Medicare y recibir un "Aviso de Derechos de no cobertura" de Medicare cuando sea necesario.
- Recibir, a solicitud y antes del tratamiento, un cálculo razonable de los cargos para su atención médica. Si no tiene seguro, tiene el derecho de recibir, a solicitud y antes del inicio de un servicio médico, un cálculo razonable de los cargos por dichos servicios e información relacionada con las políticas de descuento y beneficencia de UCF Health para las que pueda ser elegible. El cálculo se basará en su condición actual y plan de tratamiento.
- Recibir, a solicitud, una copia de una factura detallada, clara y comprensible y una explicación completa de todos los cargos.

- Acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento, sin importar la raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Asistencia para obtener tratamiento médico de emergencia.
- Acceso a cualquier modo de tratamiento que sea, a su propio criterio y a criterio de su proveedor de atención médica, en su mejor interés, incluyendo tratamientos de atención médica complementarios o alternativos, hasta donde dicho modo de tratamiento sea ofrecido por UCF Health.
- Conocer si el tratamiento médico es para propósitos de investigación experimental y otorgar su consentimiento o rechazo a participar en dicha investigación experimental. Su rechazo a dicha investigación experimental no comprometerá su acceso a cualquier otro servicio. Su aceptación o rechazo será documentado en su expediente de atención.
- Conocer el procedimiento de UCF Health para expresar una queja con relación a cualquier supuesta violación de sus derechos y expresar sus quejas con relación a cualquier supuesta violación a sus derechos, a través del procedimiento de quejas de su proveedor de atención médica o UCF Health y la agencia estatal apropiada.
- Recibir información escrita sobre las instrucciones médicas anticipadas y las opciones para la toma de decisiones de atención médica disponibles en Florida.
- Acceso a información contenida en sus expedientes clínicos a solicitud dentro de un período de tiempo razonable.

Su responsabilidad es:

- Proporcionar a UCF Health, a lo mejor de sus conocimientos, información precisa y completa sobre las quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Comunicar los cambios inesperados en su condición a su proveedor de atención médica.
- Indicar a su proveedor de salud si no comprende su plan de atención y qué se espera de usted.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica.
- Asistir a sus citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier razón, notificar a UCF Health.
- Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor de atención médica.
- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se cubran lo más pronto posible.
- Seguir las reglas y normas de UCF Health que afecten la atención y conducta del paciente.