

**Formulario de información del paciente**
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NUMERO DE CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**GENERAL**

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notifique: \_\_\_\_\_

RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Tiene directivas anticipadas? S/N \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**FARMACIA**

FARMACIA PREFERIDA \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA FARMACIA \_\_\_\_\_

 -----  
 \*Complete esta sección solo si fue atendido como paciente traumatizado en Gulf Coast Medical Center Y se aplica a la situación actual.

<b><u>LESIONES DE AUTO</u></b>	Fecha de la lesión:	
Nombre de los ajustadores:	Número de ajustadores:	Fax de ajustadores:
<b><u>LESIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES</u></b>	Fecha de la lesión:	
Nombre de los ajustadores:	Número de ajustadores:	Fax de ajustadores:

**Historial médico**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**QUEJA PRINCIPAL:**

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Está experimentando algún dolor (circule uno) SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿dónde se encuentra el dolor \_\_\_\_\_?

SI MARCÓ SÍ, califique el dolor en una escala de 0 a 10, siendo 10 el más alto. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fecha en que comenzaron los síntomas. \_\_\_\_\_ semanas/meses/años

Gravedad (X a elección) Leve \_\_\_ Moderado \_\_\_ Severo \_\_\_ Incapacitante \_\_\_

Agravado por: \_\_\_\_\_ Aliviado por: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS ANTERIORES PARA LOS SÍNTOMAS:**

- Medicamentos de venta libre: \_\_\_\_\_
- Medicamentos recetados: \_\_\_\_\_
- Fisioterapia: \_\_\_\_\_ (Incluya fechas y ubicaciones de las instalaciones)
- Manejo del dolor: \_\_\_\_\_ (Médico y cita más reciente)
- Inyecciones espinales: \_\_\_\_\_ (Médico y fechas)
  - epidural
  - Bloques de facetas
  - Rizotomías facetarias
  - Inyecciones de puntos gatillo
  - Articulación SI
  - Otras inyecciones (s): \_\_\_\_\_

¿Ha consultado a algún otro especialista o se ha realizado pruebas adicionales para el problema principal de hoy? (Tomografía computarizada, resonancia magnética, electromiografía/estudio nervioso) En caso afirmativo, descríbalos.

**HISTORIA MÉDICA PASADA:** Marque (X) las condiciones que le han diagnosticado.

<p><b>oSin historial médico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Arritmia</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos</p> <p><input type="checkbox"/> ocoágulos de sangre</p> <p><input type="checkbox"/> oAneurisma Cerebral / MAV</p> <p><input type="checkbox"/> oMasa/Tumor Cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> oAccidente cardiovascular/ IM</p> <p><input type="checkbox"/> oCirrosis/enfermedad hepática</p> <p><input type="checkbox"/> oEstreñimiento</p>	<p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p>Escribe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p><input type="checkbox"/> EPOC</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> ofibromialgia</p> <p><input type="checkbox"/> oHepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> oVIH/SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> oHipertensión</p> <p><input type="checkbox"/> oHipertiroidismo</p> <p><input type="checkbox"/> ohipotiroidismo</p>	<p><input type="checkbox"/> SII</p> <p><input type="checkbox"/> oLatido del corazón irregular</p> <p><input type="checkbox"/> oInsuficiencia renal</p> <p><input type="checkbox"/> oEnfermedad del hígado</p> <p><input type="checkbox"/> oCáncer de pulmón</p> <p><input type="checkbox"/> oMigrañas</p> <p><input type="checkbox"/> oSoplos</p> <p><input type="checkbox"/> oEsclerosis múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> oosteopenia</p> <p><input type="checkbox"/> oOsteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> oEnfermedad de Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> oTrastorno de los nervios periféricos</p>	<p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="checkbox"/> oArtritis Reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> oconvulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> oTumor de la médula espinal</p> <p><input type="checkbox"/> oCarrera</p> <p><input type="checkbox"/> oTuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> oTemblor</p> <p><input type="checkbox"/> oÚlceras</p> <p><input type="checkbox"/> oOtro: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> oOtro: _____</p> <p>_____</p>
---	---	---	--

Enumere cualquier otro problema de salud que no se haya mencionado anteriormente:

**HISTORIA QUIRURGICA:** Lista de todas las Cirugías Mayores y Fechas

**LISTA DE MEDICAMENTOS:** Enumere TODOS los medicamentos/suplementos a continuación O proporcione una lista impresa.

MEDICACIÓN ACTUAL	DOSIS	FRECUENCIA

NO tomo ningún medicamento

**ALERGIAS:** Enumere todas las alergias a medicamentos y alimentos:

NO tengo ninguna alergia conocida

**HISTORIA SOCIAL:**

Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 ¿Eres fumador? N o Y: \_\_\_\_ paquetes por día durante \_\_\_\_ años Exfumador: Dejar de fumar \_\_\_\_\_ (fecha)  
 ¿Bebes alcohol? N o Y: En ocasiones \_\_\_\_\_ o moderadamente \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:** Enumere todos los antecedentes familiares pertinentes de la familia inmediata \_\_\_\_\_

**A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que reportar información incompleta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que soy el único responsable de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si alguna vez tengo un cambio en la salud.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o Autorizado  
 Representante

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación de Representantes Autorizados al paciente

## Políticas de la oficina

**Consentimiento Médico:** Doy mi consentimiento para toda atención, tratamiento, diagnóstico por imágenes, pruebas de laboratorio y otros procedimientos médicos realizados o prescritos por un médico de Gulf Coast Brain and Spine Center y sus designados.

**Derecho a la Negativa de Tratamiento:** Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a todos los aspectos de mi atención. Debo pedirle a mi proveedor de atención médica que me aclare y explique cualquier cosa que no entienda. Tengo derecho a rechazar el tratamiento.

**Acuse de recibo de los derechos del paciente y aviso de prácticas de privacidad:** Reconozco que he recibido ambos avisos, el Aviso de derechos/responsabilidades del paciente y el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

**Divulgación de información médica:** Autorizo a Gulf Coast Brain and Spine Center a divulgar cualquier información necesaria para facilitar el procesamiento de reclamos de atención médica o la auditoría de pagos en relación con mi atención y tratamiento. También doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información necesaria a otras instalaciones, agencias o proveedores de atención médica según el criterio de Gulf Coast Brain and Spine Center. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

**Política financiera:** Certifico que la información del seguro que he proporcionado a Gulf Coast Brain and Spine Center es precisa, completa y actual. Certifico que no existe ninguna otra cobertura de seguro. Es mi responsabilidad entender los términos y beneficios de mi plan de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados por mi seguro. Es posible que deba pagar copagos, coseguros o deducibles en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Gulf Coast Brain and Spine Center hará todo lo posible para notificarme con anticipación si un servicio no está cubierto. Si mi seguro no ha pagado mi factura en su totalidad dentro de los 60 días, se esperará que pague el saldo restante dentro de los 30 días. En el caso de un gran saldo adeudado por una operación,

**Formularios y Registros Médicos:** Si requiere que nuestra oficina complete cualquier formulario de discapacidad, FMLA, escuela/trabajo o personal; la primera forma es gratuita; sin embargo, cada formulario adicional tiene un cargo de \$15 por formulario. Los formularios se completarán en un plazo de 10 a 14 días hábiles. Si necesita una copia de sus registros médicos, debe firmar un Formulario de divulgación de registros médicos. Su solicitud se completará dentro de 10-14 días hábiles.

**Cita No Show / Cancelaciones:** Si es necesario cancelar/reprogramar su cita, hágalo 24 horas ANTES de la hora de su cita programada. Si no cancela una cita o no se presenta, será responsable de un cargo de \$25.00. Esta tarifa es responsabilidad del paciente y no es facturable a ningún seguro.

**Cancelaciones de cirugía:** Si debe cancelar una cirugía programada, notifique a nuestra oficina antes de las 12:00 p. m. TRES (3) DÍAS HÁBILES (de lunes a viernes) antes de la cirugía para evitar un cargo por cancelación de \$150.

**Dispensación de analgésicos opioides (narcóticos):** En respuesta a la "Crisis de los opioides", la Legislatura del Estado de Florida aprobó el Proyecto de Ley de Sustancias Controladas (CS/CS/HB 21) que regula la prescripción de productos farmacéuticos de la Lista II y la Lista III. Estas reglamentaciones afectan las recetas que sus proveedores pueden recetarle después de la cirugía. Los narcóticos de la Lista II están limitados a un suministro de tres (3) días para el "dolor agudo". Se puede proporcionar un suministro de siete (7) días en circunstancias especiales. Nuestra oficina limitará la dispensación de recetas de los Programas II y III a 14 días después de la operación. Es importante comprender que Gulf Coast Brain and Spine Center no trata el dolor crónico. Si necesita controlar el dolor crónico, nos complacerá proporcionarle una remisión a un especialista en control del dolor.

**Devolución de CD/películas de imágenes:** Es importante que nuestros proveedores revisen sus imágenes para un diagnóstico y tratamiento adecuados: sin embargo, nuestra oficina no tiene la capacidad para almacenar estas películas. Se descargará una copia de sus imágenes a nuestro sistema en su cita. Sus imágenes le serán devueltas al final de su cita. Si deja sus imágenes por cualquier motivo después de la fecha de su cita, las almacenaremos durante 90 días como cortesía. Durante 90 días, tiene la

opción de recogerlos en la oficina sin cargo, o podemos enviárselos por un cargo de servicio y manejo de \$10. Después de 90 días, cualquier CD/película restante se desechará según las pautas de HIPAA.

---

Firma del paciente

Nombre impreso

Fecha

## Consentimiento general para el tratamiento

**Consentimiento Médico:** Doy mi consentimiento para toda atención médica, tratamiento, laboratorio, imágenes y otros procedimientos médicos realizados o prescritos por un médico de Gulf Coast Brain and Spine Center y sus designados según lo indique su juicio.

**Derecho a rechazar el tratamiento:** Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a todos mis cuidados y tratamientos, y que debo pedirle a mi profesional de la salud que aclare o explique cualquier cosa que no entienda. Este derecho incluye el derecho a rechazar cualquier tratamiento que no desee.

**Acuse de recibo de los derechos de los pacientes y aviso de prácticas de privacidad:** Reconozco que he recibido ambos avisos, el Aviso de derechos del paciente y el Aviso de prácticas de privacidad.

**Directivas avanzadas:** Entiendo que tengo la oportunidad de dar a conocer mis deseos, por escrito, con respecto a mi atención médica y/o decisiones sobre el final de la vida. Esta directiva tiene la forma de un testamento en vida y/o un poder notarial duradero para el cuidado de la salud.

**Divulgación de información médica:** Autorizo a Gulf Coast Brain and Spine Center a divulgar cualquier información necesaria para facilitar el procesamiento de reclamos de atención médica o la auditoría de pagos en relación con mi atención y tratamiento. También doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información necesaria a otras instalaciones, agencias o proveedores de atención médica según el criterio de Gulf Coast Brain and Spine Center. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

**Política financiera:** Certifico que la información del seguro que he proporcionado a Gulf Coast Brain and Spine Center es precisa, completa y actual. Certifico que no existe ninguna otra cobertura de seguro. Es mi responsabilidad entender los términos y beneficios de mi plan de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados por mi seguro. Es posible que deba pagar copagos, coseguros o deducibles en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Gulf Coast Brain and Spine Center hará todo lo posible para notificarme con anticipación si un servicio no está cubierto. Si mi seguro no ha pagado mi factura en su totalidad dentro de los 60 días, se esperará que pague el saldo restante dentro de los 30 días. En el caso de un gran saldo adeudado por una operación,

**Asignación de Beneficios de Seguro:** Por la presente asigno todos los beneficios médicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguros, incluidos Medicare, Medigap, reemplazo de Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud/médico, a emitir cheques de pago directamente a Gulf Coast Brain and Spine Center por los servicios médicos prestados. a mí mismo. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

**Certificación de Medicare:** Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, o sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria para este reclamo o relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre (el consentimiento se aplica solo cuando corresponde).

**Medicamentos eRecetar:** Autorizo a Gulf Coast Brain and Spine Center a enviar todas las recetas electrónicamente a la farmacia preferida.

---

---

---

Firma del paciente

Nombre impreso

Fecha

## **Acuerdo de política de opioides (narcóticos)**

**Gulf Coast Brain and Spine Center tiene el objetivo principal de brindar excelencia en la atención a nuestros pacientes.**

**La mejor práctica en neurocirugía reconoce que los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos pueden necesitar analgésicos narcóticos. Su médico puede recetarle medicamentos para el dolor durante su período postoperatorio con un suministro limitado y de acuerdo con las regulaciones de la Junta Médica de Florida.**

**Es importante comprender que los proveedores de Gulf Coast Brain and Spine Center NO recetan analgésicos antes de la operación (antes de la cirugía).**

**Los médicos de Gulf Coast Brain and Spine Center no manejan el dolor crónico, si necesita el manejo del dolor crónico, podemos proporcionarle una remisión a un especialista en el manejo del dolor.**

**Para asegurarse de que, como proveedor y usted como paciente, comprenda cómo nuestra práctica garantizará una alta calidad y seguridad en la prescripción de narcóticos, deberá cumplir y aceptar el acuerdo de política que se describe a continuación.**

YO, \_\_\_\_\_ entiendo que puedo recibir medicamentos narcóticos de Gulf Coast Brain and Spine Center para tratar mi dolor posoperatorio.

- Entiendo que si estoy recibiendo analgésicos a largo plazo de un médico que trata el dolor, haré arreglos para el analgésico posoperatorio con ese médico. No recibiré analgésicos después de la operación de un médico del Gulf Coast Brain and Spine Center
- No tomaré narcóticos recetados en grandes cantidades o con más frecuencia de lo recetado.
- No compraré ni usaré narcóticos adicionales ni tomaré prestados/usaré narcóticos recetados a otra persona.
- No consumiré drogas ilegales o callejeras (p. ej., cocaína o metanfetaminas) mientras esté bajo el cuidado de un médico de Gulf Coast Brain and Spine Center.
- No compraré ni usaré narcóticos que puedan estar disponibles en otro país o mediante pedidos por correo.
- Entiendo que Gulf Coast Brain and Spine Center no proporcionará recargas de narcóticos. Se puede proporcionar una nueva receta en la primera visita postoperatoria. Cualquier necesidad continua de analgésicos narcóticos más allá de ese punto se derivará a un especialista en manejo del dolor.
- No beberé alcohol mientras tome narcóticos.
- Si me sobraron analgésicos narcóticos, los desecharé. No donaré ni venderé narcóticos adicionales a otra persona.
- Entiendo que si mis requisitos de medicamentos para el dolor posoperatorio agudo están más allá del alcance de la práctica de un neurocirujano, se me derivará a un médico que trata el dolor. Entiendo que es mi responsabilidad hacer un seguimiento y programar una cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Política financiera

**Seguro de salud:** Gulf Coast Brain and Spine Center facturará a su(s) proveedor(es) de seguro médico por cada visita, a menos que se encuentre dentro del período posoperatorio de 90 días. Usted es responsable de pagar los copagos y los saldos pendientes adeudados en el momento de su visita. Aceptamos efectivo y tarjeta de crédito. Le recomendamos que se familiarice con su plan de seguro para que no haya sorpresas en su factura.

**Cuentas de seguros no participantes:** Un paciente que está asegurado por una compañía de seguros con la que Gulf Coast Brain and Spine Center no participa, se considera un paciente que paga por cuenta propia. Es responsabilidad del paciente informar al consultorio de cualquier cambio en la cobertura del seguro, confirmar la participación del consultorio y verificar su elegibilidad antes de cada visita. Si está cubierto por una compañía de seguros con la que Gulf Coast Brain and Spine Center no participa, usted es responsable de los cargos completos en el momento del servicio.

**Pacientes que pagan por cuenta propia:** Los pacientes que pagan por cuenta propia son aquellos que están cubiertos por una compañía de seguros con la que la práctica no participa o pacientes sin seguro en el momento del servicio. Como paciente que paga por cuenta propia, usted es individualmente responsable de pagar los cargos completos en el momento del servicio.

**Referencias y autorizaciones de HMO:** Si su seguro es un HMO (tiene un médico de atención primaria designado), debe informar a la oficina de esto al momento de programar su cita para que se pueda obtener la autorización. Si esta información no se proporciona en el momento de la programación, se le pedirá que re programe su cita.

**Servicios no cubiertos:** Es importante entender que algunos artículos y servicios no se consideran “beneficios cubiertos” por su plan de seguro médico y, como tal, su seguro no pagará por estos servicios. Es responsabilidad del paciente entender qué cubre y qué no cubre su plan. Usted será responsable de todos los cargos/servicios no cubiertos.

**Cita No Show / Cancelaciones:** Si es necesario cancelar/reprogramar su cita, hágalo 24 horas ANTES de la hora de su cita programada. Si no cancela una cita o no se presenta, será responsable de un cargo de \$25.00. Esta tarifa es responsabilidad del paciente y no es facturable a ningún seguro.

**Cancelaciones de cirugía:** Si debe cancelar una cirugía programada, notifique a nuestra oficina antes de las 12:00 p. m. TRES (3) DÍAS HÁBILES (de lunes a viernes) antes de la cirugía para evitar un cargo por cancelación de \$150.

---

Firma del paciente

---

Nombre impreso

---

Fecha

**Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA:  
Consentimiento para usar o divulgar información para el tratamiento,  
Pago o Operaciones de Atención Médica**

Por la presente, el paciente acepta el uso o la divulgación de su información de salud identificable individualmente ("información de salud protegida") y la información del registro médico del paciente por parte de Gulf Coast Brain and Spine Center (la "Práctica") para llevar a cabo el tratamiento, el pago o operaciones de atención médica. El paciente debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica para obtener una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de dicha información, y el paciente tiene derecho a revisar dicho Aviso antes de firmar este formulario de consentimiento.

La Práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si la Práctica cambia los términos de su Aviso de Prácticas, el Paciente puede obtener una copia del aviso revisado.

El paciente se reserva el derecho de solicitar que la práctica restrinja aún más cómo se usa o divulga su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. La Práctica no está obligada a aceptar dichas restricciones solicitadas; sin embargo, si el consultorio está de acuerdo con las restricciones solicitadas por el paciente, dichas restricciones serán vinculantes para el consultorio en lo que respecta al paciente únicamente.

El paciente reconoce y acepta que la práctica puede divulgar la información de salud protegida del paciente y la información del registro médico del paciente a las siguientes personas que son miembros de la familia del paciente, representante legal, tutores, sustitutos de atención médica o tienen un poder notarial en nombre del paciente ( enumere los nombres a continuación):

---

---

El paciente acepta que la Práctica puede divulgar los siguientes tipos de información contenida en los registros médicos del Paciente a continuación, a menos que se indique lo contrario (Por favor escriba sus iniciales SI NO DESEA divulgar):

- Información sobre el VIH/SIDA
- Información de salud mental
- Información sobre el abuso de sustancias
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre el embarazo (si el paciente es menor de 18 años)

En todo momento, el Paciente se reserva el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación deberá presentarse a la práctica por escrito. La revocación surtirá efecto salvo en la medida en que la práctica ya haya ejercido acción en virtud del consentimiento.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE CONSENTIMIENTO. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO QUE VERIFICA EL CONSENTIMIENTO A LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS ANTERIORMENTE.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Autorizado  
Representante

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación de Representantes Autorizados al paciente



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA**

Gulf Coast Brain and Spine Center está obligado por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor.

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La “información de salud protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

- **TRATAMIENTO** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo. Cumpliremos con la solicitud del paciente de no divulgar PHI a un plan de salud por servicios que el paciente haya pagado de su bolsillo y solicita la restricción.
- **PAGOS** Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.
- **OPERACIONES DE SALUD** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, evaluación de calidad, revisión de empleados y capacitación de estudiantes de medicina, otorgamiento de licencias y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de la escuela de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita, e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen según lo exija la ley, problemas de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, inmunizaciones en las escuelas, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, actividad delictiva, militar actividad y seguridad nacional, compensación de trabajadores, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos.

Según la ley, debemos hacerle divulgaciones cuando lo solicite. Según la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. Las mismas autorizaciones/restricciones que se usaron mientras usted estaba vivo permanecerán vigentes hasta 50 años después de su muerte. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente usar o divulgar su información de salud protegida con fines de marketing. No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica protegida que contenga información genética que se utilizará con fines de suscripción. Usted podrá revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito,

## **TUS DERECHOS**

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida:

**Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida (se pueden aplicar tarifas).** De conformidad con su solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar o obtener una copia de su información médica protegida, ya sea en papel o en formato electrónico. Los registros se proporcionarán dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud protegida restringida por la ley, información que está relacionada con investigaciones médicas en las que ha aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daño o perjuicio para usted o para otra persona, o información que se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad.

**Paciente que solicita copias de registros médicos.** Puede haber tarifas asociadas con la solicitud de copias de registros médicos, como tarifas de copia y/o tarifas de envío y manejo. Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

**Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.

**Tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica protegida.** Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

**Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones.** Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones, en papel o electrónicas, excepto las divulgaciones: conforme a una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerida por la ley hasta seis años antes de la fecha de la solicitud.

**Tiene derecho a recibir notificación de un incumplimiento.** Le notificaremos si su información de salud protegida no segura ha sido violada.

**Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso** de nosotros incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos dichos cambios en la siguiente cita. También pondremos a su disposición copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener una.

## **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad como se describe en este aviso, puede presentar una queja ante la práctica en la siguiente dirección o número de teléfono:

Gulf Coast Brain and Spine Center, LLC  
Atención: Oficial de HIPAA  
10201 Avenida Arcos STE 202  
Estero, FL 33928  
(239) 908-3938

Para presentar una queja, puede llamar o enviar una carta por escrito. La práctica no tomará represalias contra ninguna persona que presente una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

## Tus derechos

Aquí en Gulf Coast Brain and Spine Center reconocemos y respetamos sus derechos como paciente con necesidades de atención médica únicas. Queremos que sepa cuáles son sus derechos como paciente. Alentamos una asociación entre usted y su equipo de atención médica. Su función como miembro de este equipo es ejercer sus derechos y asumir la responsabilidad por las cosas que no comprende.

### Como paciente usted tiene derecho a...

- Ser informado de sus derechos y responsabilidades como paciente de Gulf Coast Brain and Spine Center.
- Ser informado de las normas, reglamentos y servicios proporcionados por cada médico y clínica, incluidos los días y horas de servicio y qué hacer en caso de emergencia, y los números de las clínicas.
- Recibir atención en un entorno seguro libre de abuso, negligencia y acoso por parte de médicos y empleados de la clínica.
- A recibir atención considerada y respetuosa. Respetamos su derecho a:
  - Esperar un trato de calidad con el alcance de nuestra misión
  - Ser tratado con dignidad, libre de discriminación. Su atención no se verá afectada por raza, religión, creencias, valores culturales, sexo o edad.
  - Elija su propio médico.
  - Pida a todo el personal involucrado en su atención que se presente, indique su función en su atención y expliquen lo que están haciendo por usted.
- Ser informado sobre su tratamiento y atención médica, incluidos
  - Una descripción de su condición y diagnóstico.
  - Plan de tratamiento
  - Tratamientos alternativos
  - Pronóstico y cualquier problema relacionado con el tratamiento.
  - Recuperación
  - Beneficios y riesgos de cada opción de tratamiento y alternativas
  - Explicaciones de los riesgos a los que se enfrenta si no se sigue el tratamiento
- El derecho a dar un consentimiento informado.
- El derecho a elegir el tratamiento, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Recibir una estimación razonable de los cargos por atención médica.
- A que se respete la privacidad y la confidencialidad. Su equipo de atención médica:
  - Respete su privacidad relacionada con su atención médica.
  - Proporcionar tratamiento confidencial de su condición, atención médica, registros médicos e información financiera.
- Tener acceso a sus registros médicos personales y obtener copias previa solicitud por escrito.

---

Firma del paciente

---

Nombre impreso

---

Fecha

