



POR FAVOR ESCRIBIR EL NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE.

¿Se ha registrado en nuestro portal cibernético de PACIENTE? S / N Si no, visite www.sfenta.com y precionar en "Portal Link."

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Tel de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección: _____ APT /UNIDAD: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Por favor de circular o llenarlas sections siguientes:

Sexo: Masculino Femenina **Estado Civil:** Soltero Casado Viudo Divorciado **Idioma:** Ingles Español _____

Raza: Blanco Negro Hispano Asiatico _____ **Origen Étnico:** Hispano/Latino o No-Hispano/ No Latino

Recordatorio de Cita: Casa Celular Texto Correo **Resumen de Visita proveida por?** Portal / Impresa / Declinada

Correo Electrónico: _____ ¿Cómo se enteró acerca de nosotros? _____

Nombre de FARMACIA: _____ **Tel de la Farmacia:** (____) _____

Médico de Cabezera: _____ **Tel:**(____) _____ **Fax:**(____) _____

Médico quien refirió: _____ **Tel:**(____) _____ **Fax:**(____) _____

Empleador: _____ **Tel De Empleador:**(____) _____ **Ocupación:** _____

Nombre De Espos(a): _____ **Fecha De Nacimientp De Espos(a):** ____/____/____ **Tel de Espos(a):**(____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA /RELACIÓN: _____

TELÉFONO: (____) _____ TELÉFONO ALTERNO: (____) _____

¿Quisiera designar algún representante personal, tal como su esposo/a u otro familiar, el cual podria discutir con su medico información de salud privada pertinente a su caso?(CIRCULE) **SI NO**

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____ **RELACIÓN:** _____

Concede usted permiso a nuestros medicos para dejar mensajes sobre su información de salud privada en su contestadora (ejemplo: resultados de exámenes.)(CIRCULE) **SI NO**

A QUE TELÉFONO PODEMOS LLAMAR? (____) _____
ES ESTA VISITA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE DE CARRO (círculo) SI NO INDEMNIZACIÓN LABORAL(círculo) SI NO

SEGURO DE SALUD *Una fotocopia de esta información sera valida.

***SEGURO PRIMARIO :** _____ # DE PÓLIZA: _____ # DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** ____/____/____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____

***SEGURO SECUNDARIO:** _____ # DE PÓLIZA: _____ # DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** ____/____/____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____

AVISO AL PACIENTE: Proveedor aceptara compensación únicamente por servicios cubiertos y pagos por la compañía de seguros y por los servicios otorgados al asegurado, con excepción de co-pagos, co-seguros, y deducibles, y servicios no cubiertos o requeridos bajo el acuerdo de salud en su póliza de seguro medico. Declaro que toda la información proveida en esta visita escompleta y precisa. En caso de que esta información este incorrecta o incompleta, el paciente sera responsable por todos los gastos incurridos.

AUTORIZACIÓN YASIGNACION DE BENEFICIOS:
Autorizo a South Florida ENT Associates, P.A.que proporcione información medica a mi compañía de seguro. Autorizo pago directo de cuentas medicas or quirurgicas a South Florida ENT Associates, P.A. Entiendo que soy financieramente responsable por todo los cargos, balances o cuentas no cubiertas por mi seguro médico, o en el evento que mi seguro medico haya sido cancelado y no tenga cobertura de salud. Además, entiendo que sere responsable por todos los costos incurridos en el intento de coleccionar esta deuda.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____



HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

SEXO: Mujer Hombre Si es mujer, esta embarazada? Si No Peso: _____ Altura: _____

Idioma Primario: _____ Teléfono (casa/cellular): _____

Queja Principal/Motivo por su Visita: _____ Refirió/PCP: _____

POR FAVOR CIRCULE LOS SÍNTOMAS QUE LE APLIQUE:

CABEZA: DOLOR FACIAL / JAQUECAS / CONGESTION / TRAUMA FACIAL O DE LA CABEZA / SINOSITIS / HISTORIA DE CIRUGIA FACIAL	NO <input type="checkbox"/>
OIDOS: DOLOR / PERDIDA DE AUDICION / SONIDO EN LOS OIDOS / PRESION / PERDIDA DE EQUILIBRIO / PICAZON / DRENAJE / INFECCION / MASTOIDITIS / CERA EN LOS OIDOS	NO <input type="checkbox"/>
NARIZ: CONGESTION / SANGRAMIENTO / ESTORNUDOS / DRENAJE / PERDIDA DEL OLFATO / PRESION / PICAZON	NO <input type="checkbox"/>
BOCA: PROBLEMAS DENTALES / BOCA SECA / MAL ALIENTO / HERPES LABIAL / ULCERAS / PAROTITIS / SANGRAMIENTO / CANCER	NO <input type="checkbox"/>
GARGANTA: ARDOR / RONQUERA / PERDIDA DE SABOR / MAL SABOR / MANCHAS BLANCAS / LESIONES / RONQUIDOS / AMIGDALITIS	NO <input type="checkbox"/>
PULMONES: FALTA DE AIRE / TOS / SANGRAMIENTO AL TOSER / <u>ASMA</u> / NEUMONIA / BRONQUITIS / APNEA DEL SUENO	NO <input type="checkbox"/>
GASTRO: DIFICULTAD AL TRAGAR / ACIDEZ / <u>REFLUJO</u> / DIARREA / NAUSEA / VOMITOS / GASTRITIS / HERNIA DE HIATO	NO <input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO: JAQUECAS / DESMAYOS / MAREO / <u>DERRAME CEREBRAL</u> / CONVULSIONES / TEMBLORES	NO <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR: <u>HIPERTENSION</u> / <u>PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL</u> / COLESTEROL ALTO / <u>ATAQUES DEL CORAZON</u>	NO <input type="checkbox"/>
UROLO: PROSTATITA / CALCULOS RENALES / DIALISIS / PROBLEMAS CONGENITALES / INFECCIONES	NO <input type="checkbox"/>
PADECIMIENTOS: FATIGA / FIEBRE / ESCALOFRIOS / PERDIDA O AUMENTO DE PESO / DESMAYOS	NO <input type="checkbox"/>
OJOS: VISION DOBLE / PICAZON / PERDIDA DE VISION / DOLOR / IRRITACION / LAGRIMEO / RESEQUEZAD / ESPEJUELOS / <u>GLAUCOMA</u>	NO <input type="checkbox"/>
PIEL: PICAZON / LESIONES / ERUPTIONES / CANCER	NO <input type="checkbox"/>
MUSCULAR/ESQUELETICO: DOLOR EN LAS ARTICULACIONES / ARTRITIS / DOLOR DE MANDIBULA / DISTROFIA MUSCULAR / FRACTURAS / URTICARIA / OSTEOPOROSIS / LUPUS	NO <input type="checkbox"/>
PSIQUIATRICO: ANSIEDAD / PROBLEMAS DE SUENO- RONQUIDOS O APNEA / PERDIDA DE MEMORIA / ADICCION A DROGAS / DEPRESION	NO <input type="checkbox"/>
ENDOCRINO: <u>DIABETES</u> / OBESIDAD / PERDIDA DEL CABELLO / <u>ENFERMEDAD TIROIDES</u> / ENFERMEDAD PARATIROIDE / ENFERMEDAD PITUITARIA / LUPUS	NO <input type="checkbox"/>
HEMA.-LINF.: TUMOR EN EL CUELLO / MORETONES / SANGRAMIENTO / ANEMIA / PROBLEMAS INMUNOLOGICOS / FLEBITIS	NO <input type="checkbox"/>
OTRAS CONDICIONES MEDICAS:	

Ha tenido cirugía anteriormente: Sí No Si marcó sí, cual cirugías y en que fecha: _____

Historia médica familiar : Sí No Si marcó sí, por favor indique el problema y el miembro de familia: _____

Usted está utilizando productos de **tabaco**? Sí No Si marcó sí, indique cantidad que fuma por día: _____

Si usted dejó de fumar, con que frecuencia fumaba antes (por día)? _____ Por cuánto tiempo? _____

Usted toma bebidas **alcohólicas**? Sí No Si marco sí, cantidad: _____ Frecuencia: _____

Usted a tieniedo o tiene problemas con abuso de **drogas**? Sí No

Hoga una lista de todas sus **alergias** (incluyendo medicamentos, medio ambiente, y/o alergias a comidas): N/A

Apunte todas las **medicinas** que usted esta tomando (por favor incluye todas medicinas y vitaminas): Ninguno

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

(Si el paciente es un menor, por favor escriba el nombre de la persona que completo la Historia Clínica y su relación al paciente)



**SOUTH FLORIDA
ENT ASSOCIATES**

ASIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Como es requerido por la Portabilidad de la Salud y la Ley de Responsabilidad (HIPPA) de 1996, usted tiene el derecho de designar una o más personas para actuar en su nombre en relación con la protección de la información de salud que pertenece a usted. Al completar esta forma, usted nos informa de su deseo de designar a la persona nombrada como su representante personal. Usted puede revocar esta designación en cualquier momento al firmar y fechar la revocación de su copia de esta forma y devolverlo a la oficina.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Solicito a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal con respecto a las decisiones que impliquen la utilización y / o divulgación de mi información de salud protegida:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Cual es su relación con esta persona? _____

Autorizo a esta(s) persona(s) para que tenga los mismos derechos de obtener mi historia médica.

Firma del Paciente

Fecha

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento al firmar la revocación de la copia en esta forma y devolverlo a **South Florida ENT Associates, PA.** Además, entiendo que dicha revocación no se aplica si el uso autorizado de esa persona o la persona que divulga mi información de salud protegida ya han tomado medidas en mi nombre.

Por la presente revoco la designación de un representante personal.

Patient's Signature

Date



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA O REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

South Florida ENT está comprometida a proteger su información de salud personal. Le recomendamos que se ponga en contacto con nuestra oficina primero si usted tiene cualquier problema o una pregunta surge en cuanto a su información personal sea utilizada por South Florida ENT.

Fecha de vigencia: 01 de Junio 2013

Este aviso fue revisado: 16 de Mayo 2013

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO O SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN, COMMUNIQUESE CON NUESTRO OFICIAL DE PRIVACIDAD.

Oficial de Privacidad: Stacey Citrin

Dirección de Envío: 14750 NW 77th Court, Suite 200, Miami Lakes, FL 33016

Teléfono: (305)558-3724

Fax: (786) 662-3555

Email: scitrin@southfloridaent.com

Acerca de este Aviso

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y para darle este aviso explicando nuestras prácticas de privacidad con respecto a esa información. Usted tiene ciertos derechos - y tenemos ciertas obligaciones legales - con respecto a la privacidad de su información de salud protegida, y el presente Aviso también explica sus derechos y nuestras obligaciones. Estamos obligados a cumplir con los términos de la versión actual de este aviso.

¿Qué es la Información Protegida de la Salud?

"Información médica protegida" es información que lo identifica a usted individualmente y que creamos o recibimos de usted o de otro proveedor de atención de salud, plan de salud, su empleador o un centro de atención de la salud y que se refiere a (1) su pasado, presente o futuro de la salud o las condiciones físicas o mentales, (2) la prestación de asistencia sanitaria a usted, o (3) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

Cómo Podemos Usar y Divulgar su Información de Salud Protegida

Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

- **Para Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información protegida de salud para darle tratamiento o servicios médicos y para administrar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico u otro proveedor de atención de la salud (por ejemplo, un especialista o laboratorio) a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico u otro profesional de la salud tiene la información necesaria para diagnosticar o tratar o le proporcione un servicio.
- **Para el Pago.** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para que podamos facturar el tratamiento y los servicios que usted recibe de nosotros y puede cobrarle a usted, un plan de salud, o de un tercero. Este uso y divulgación pueden incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar por los servicios de atención de salud se recomienda para usted, tales como hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro, la revisión de los servicios prestados a usted a médicos necesidad, y la realización de las actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud sobre su tratamiento para que su plan de salud de acuerdo a pagar por ese tratamiento.
- **Para Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y revelar información de salud protegida para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información de salud protegida para revisar internamente la calidad de los tratamientos y servicios que recibe y para evaluar el desempeño de los miembros de nuestro equipo en el cuidado de usted.

También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos médicos, estudiantes de medicina y otro personal autorizado con fines educativos y de aprendizaje.

- **Recordatorios de citas / alternativas / Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud Tratamiento.** Podemos usar y revelar información de salud protegida para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir atención médica o ponerse en contacto con usted para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.
- **Los menores de edad.** Podemos divulgar la información protegida de salud de los hijos menores con sus padres o tutores a menos que dicha divulgación es prohibido por la ley. (Opcional, sólo se incluye si es aplicable).
- **Investigación.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de investigación, pero sólo lo haremos si la investigación ha sido especialmente aprobada por una junta de revisión institucional autorizado o una junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud protegida. Incluso sin esa aprobación especial, podemos permitir a los investigadores a mirar información de salud protegida para ayudarles a prepararse para la investigación, por ejemplo, que les permita identificar a los pacientes que pueden ser incluidas en su proyecto de investigación, siempre y cuando no eliminar, o llevar una copia de cualquier Información de Salud Protegida. Podemos usar y divulgar un conjunto limitado de datos que no contiene información específica fácilmente identificable sobre usted para la investigación. Sin embargo, solamente revelaremos los datos limitados si entramos en un acuerdo de uso de datos con el destinatario que debe estar de acuerdo con (1) el uso del conjunto de datos sólo para los fines para los cuales se haya facilitado, (2) garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos, y (3) no identifica la información o usarla para ponerse en contacto con cualquier persona.
- **A Medida que lo Requiera la Ley.** Daremos a conocer información de salud protegida sobre usted cuando sea requerido para ello por internacional, federal, estatal o local.
- **Para Evitar una Amenaza seria a la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y revelar información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de los demás. Pero sólo divulgaremos la información a alguien que puede ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Asociados Comerciales.** Podemos revelar información médica protegida a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información de salud protegida se requiere que estas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para hacer nuestra facturación, o para proporcionar la transcripción o servicios de consultoría para nosotros. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, para proteger la privacidad y garantizar la seguridad de su información de salud protegida.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos o tejidos, podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante - como un banco de donación de órganos - cuando sea necesario para facilitar la donación de órganos y tejidos y trasplante.
- **Militares y veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información de salud protegida como es requerido por las autoridades militares. También podemos revelar información protegida de salud a la autoridad militar extranjera apropiada si usted es miembro de un ejército extranjero.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos usar o divulgar información de salud protegida para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podemos revelar información de salud protegida para actividades de salud pública. Esto incluye revelaciones a: (1) una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA") para propósitos relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulados por la FDA, (2) evitar o controlar enfermedad, lesión o discapacidad, (3) los nacimientos y fallecimientos; (4) informe de abuso infantil o negligencia; (5) informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; (6) notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; y (7) a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos revelar información de salud protegida a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y el acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley para hacer que la divulgación paciente.
- **Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos revelar información médica protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y actividades similares que son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Data Breach Efectos de Notificaciones.** Podemos usar o divulgar su información protegida de salud para proporcionar anuncios que sean legalmente requeridos de acceso no autorizado o la divulgación de su información médica.
- **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información protegida de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada. También podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para defendernos en caso de una demanda.

- **Aplicación de la ley.** Podemos revelar información de salud protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, a efectos policiales.
- **Actividad Militar y Seguridad Nacional.** Si usted está involucrado con la seguridad militar o nacional, actividades de inteligencia o si está bajo la custodia de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios autorizados para que puedan cumplir con sus obligaciones legales bajo la ley.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos revelar información médica protegida a un médico forense o director de funeraria para que puedan llevar a cabo sus funciones.
- **Los Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si la divulgación es necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

Usos y Divulgaciones que Requieren de nosotros para Darle la Oportunidad de Oponerse y Optar por no

- **Personas Involucradas en su Cuidado o Pago de su Atención.** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional.
- **Atención de Desastres.** Podemos revelar su información de salud protegida a organizaciones de socorro que buscan su información médica protegida para coordinar su atención, o notificar a los amigos y la familia de su ubicación o estado en un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a tal divulgación siempre que prácticamente podemos hacerlo.
- **Las actividades de recaudación de fondos.** Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, con el fin de ponerse en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no desea recibir estos materiales, por favor envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Su Autorización por Escrito se Requiere Para Otros Usos y Divulgaciones

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán sólo con su autorización escrita:

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de comercialización, y
2. Revelaciones que constituyen una venta de su información de salud protegida.

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Si lo hace nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y que ya no divulgar información de salud protegida en virtud de la autorización. Pero la revelación que hemos hecho en relación con su autorización antes revocada no será afectada por la revocación.

Sus Derechos con Respecto a su Información de Salud Protegida

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, en cuanto a su información médica protegida:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica protegida que se puede usar para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado. Tenemos hasta 30 días para que su información de salud protegida a su disposición y le podemos cobrar una cuota razonable por los costos de copiado, envíe por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Es posible que no te cobren una tarifa si usted necesita la información para una reclamación de beneficios bajo la Ley de Seguridad Social o de cualquier otro estado o programa de beneficio basado en las necesidades federal. Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si lo hacemos negar su solicitud, usted tiene derecho a que se revise la denegación por un profesional médico con licencia que no participó directamente en la denegación de su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a un resumen o explicación.** También podemos ofrecerle un resumen de su información médica protegida, en lugar de la totalidad del expediente, o también le proporcionará una explicación de la información de salud protegida que ha sido proporcionado a usted, siempre y cuando usted esté de acuerdo en esta forma alternativa y pagar las tasas correspondientes.
- **Derecho a una Copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos.** Si su información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o una historia clínica electrónica), usted tiene el derecho de solicitar que se le dará una copia electrónica de su registro para usted o para transmitir a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para facilitar el acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicita, si es fácilmente producible en la forma o formato. Si la información de salud protegida no es fácilmente producible en la forma o formato que usted solicite su registro se facilitará en cualquiera de nuestro formulario electrónico estándar o si no

desea que este formulario o formato, una forma impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la mano de obra asociados con la transmisión de la historia clínica electrónica.

- **Derecho a Recibir un Aviso de la Violación.** Usted tiene el derecho a estar informado de su incumplimiento de cualquiera de su información de salud protegida sin garantía.
- **Derecho a Solicitar Enmiendas.** Si usted siente que la información médica protegida que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para nosotros. La solicitud de modificación deberá hacerse por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección indicada al inicio de este aviso y nos debe decir la razón de su solicitud. En algunos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.
- **Derecho a una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de revelaciones", que es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica protegida. Este derecho se aplica a revelaciones para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica que se describen en este aviso. Excluye divulgaciones que le hayamos hecho a usted, para un directorio en donde, a sus familiares o amigos involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Además, las limitaciones son diferentes para los historiales médicos electrónicos. La primera lista de divulgaciones que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para solicitudes adicionales dentro del mismo período, podemos cobrarle por los costos razonables de proporcionar la contabilidad. Le diremos cuáles son los costos, y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en los costos.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica protegida que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Para solicitar una restricción sobre quién puede tener acceso a su información de salud protegida, debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que usted nos está pidiendo que restringir el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de salud y la información que desea restringir se refiere exclusivamente a una atención de la salud artículo o servicio que usted ha pagado nosotros "fuera de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, no podemos usar o revelar su información de salud protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proveer tratamiento de emergencia.
- **Fuera del Bolsillo-Pagos.** Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, que ha solicitado que no se factura a su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud protegida con respecto a ese tema o servicio no será revelada a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica, y vamos a honrar esa petición.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sólo en ciertas formas de preservar su privacidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo electrónico a una dirección específica o le llamaremos sólo en su número de trabajo. Usted debe hacer dicha solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde estamos en contacto con usted. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud.
- **Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso, incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Cómo Ejercer sus Derechos

Para ejercer los derechos descritos en este aviso, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección indicada al comienzo de esta Notificación. Podemos pedir que llene un formulario que le será facilitada. Para ejercer su derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida, también puede ponerse en contacto con su médico directamente. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad por teléfono o correo.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el Aviso modificado a la información médica protegida que ya tenemos, así como para cualquier información de salud protegida que creamos o recibimos en el futuro. Una copia de la Notificación actual se puede encontrar en nuestra oficina y en nuestra página web.

Quejas

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si usted cree que sus derechos han sido violados.

Para presentar una queja con nosotros, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad a la dirección indicada al comienzo de esta Notificación. Todas las quejas deberán presentarse por escrito y deberán presentarse dentro de los 180 días de cuando usted sabía o debería haber sabido de la supuesta violación. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

Para presentar una queja ante la Secretaría, por correo a: Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201. Llame al (202) 619-0257 (o al número gratuito (877) 696-6775) o visite el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles, www.hhs.gov/ocr/hipaa/, para más información. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

REVISIONES DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso, por lo que cualquier revisión aplicable a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si se revisan los términos de este Aviso, publicaremos un aviso revisado en el South Florida ENT Associates, PA y hará copias del Aviso de Prácticas de Privacidad disponibles bajo petición



**SOUTH FLORIDA
ENT ASSOCIATES**

**NOTIFICACION DE RECIBO DEL FOLLETO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO DEL USO DEL HISTORIAL MEDICO**

He recibido una copia del folleto de Prácticas de Privacidad de South Florida ENT Associates, P.A.; el cual explica como la información de mi historial médico será usada. Con la condición que South Florida ENT Associates, P.A. cumpla con los requisitos de la ley Federal de privacidad (HIPAA), yo autorizo el uso de la información de mi historial médico para los propósitos y actividades estipuladas en la ley.

Entiendo que debo leer el folleto de Prácticas de Privacidad cuidadosamente. He sido notificado(a) también, que la información en el folleto puede cambiar y que puedo obtener una nueva copia llamando a las oficinas Corporativa de South Florida ENT Associates, P.A. al numero telefónico 305-558-3724.

Reconozco que he recibido una copia del folleto de Practicas de Privacidad de South Florida ENT Associates, P.A.

Nombre Del Paciente

Fecha

Firma de Paciente

Nombre del Representate Legal (en su caso)

Firma de Representate Legal

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMANETE

Nombre del empleado(a)

Razones por no haber obtenido la firma y fecha

- El paciente o representate legal se negó a firmar
- Problemas de comunicación
- Surgió una emergencia en el momento de la cita
- Otra razón: _____





Corporate Office: 14750 NW 77th Court, Suite 200
Miami Lakes, Florida 33016
Phone: (305) 558-3724

FIRMANDO ESTE ACUERDO, USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO ANTE UN JURADO Y USTED ESTA DE ACUERDO EN ARBITRAR TODOS LOS RECLAMOS SURGIDOS DE O RELACIONADOS A SU CUIDADO MÉDICO

ACUERDO DE ARBITRAJE PARA RECLAMOS SURGIDOS DE O RELACIONADOS AL CUIDADO MÉDICO

1. ACUERDO PARA ARBITRAR RECLAMOS CON RESPECTO A FUTURO CUIDADO Y TRATAMIENTO. El cliente está de acuerdo en que cualquier controversia, incluyendo sin limitación, reclamos por negligencia médica, lesión personal, pérdida de consorcio o muerte injusta, surgidos de o en cualquier manera relacionados a los servicios del abajo firmante proveedor de servicios, incluyendo cualquier socios, agentes o empleados del proveedor, será sometida al arbitraje obligatorio.
2. ACUERDO PARA ARBITRAR RECLAMOS CON RESPECTO AL CUIDADO Y TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL PASADO. El cliente además está de acuerdo en que cualquier controversia, incluyendo sin limitación, reclamos por negligencia médica, lesión personal, pérdida de consorcio o muerte injusta, surgidos de o en cualquier manera relacionados a los servicios proporcionados por el abajo firmante proveedor o los agentes o empleados de éste, será sometida al arbitraje obligatorio.
3. RENUNCIA AL DERECHO A UN JUICIO ANTE UN JURADO. Ambas partes de este Acuerdo, al entrar en él, abandonan su derecho constitucional de tener cualquier disputa decidida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar, aceptan el uso de arbitraje obligatorio.
4. TODOS LOS RECLAMOS DEBEN SER ARBITRADOS POR TODOS LOS DEMANDANTES. Todos los reclamos basados sobre la misma ocurrencia, incidente o cuidado serán arbitrados en un solo procedimiento. Es la intención de ambas partes que este Acuerdo obligue a todas las partes cuyos reclamos puedan surgir de o relacionarse al tratamiento o servicios, incluyendo el paciente, el patrimonio del paciente, cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo del paciente, nacido o no nacido aún, en el momento de la ocurrencia que ocasiona el reclamo. En el caso de alguna madre embarazada, el término "paciente" en esto significará tanto la madre como el niño o los niños esperados de la madre. Al firmar este Acuerdo, las partes consienten a la participación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional apropiada en una acción del tribunal.
5. PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. Si cualquiera de las partes argumenta que las lesiones reclamadas y/o los asuntos surgieron de la prestación de cuidado médico, las partes consienten en reconocer que las provisiones de la Sección 766 del Estatuto de la Florida que gobierna los reclamos de negligencia médica aplicarán a las partes y/o a los demandantes en todos los aspectos excepto que a menos que en la conclusión de pre-demanda no haya acuerdo mutuo de arbitrar bajo el Estatuto 766,106 o 766,207 de la Florida, las partes y/o los demandantes resolverán cualquier reclamo a través de arbitraje conforme a este Acuerdo. Dentro de quince (15) días después de que las partes de este Acuerdo hayan dado aviso por escrito a la otra de una demanda para el arbitraje de dicha controversia disputada, las partes a la disputa o controversia designarán cada una a un árbitro y avisarán de tal cita la otra. Dentro de un tiempo razonable después que tales avisos hayan sido dados, los dos árbitros elegidos, seleccionarán a un árbitro neutral y avisarán de la selección por lo tanto a las partes. El árbitro realizará una audiencia dentro de un tiempo razonable de la fecha del aviso de selección de un árbitro neutral. Las partes concuerdan que los procedimientos de arbitraje son privados, no públicos, y que la privacidad de las partes y del árbitro será preservada. Si las partes proceden al arbitraje conforme a la Sección 766 del Estatuto de la Florida, como se indica arriba, entonces los procedimientos de arbitraje serán de acuerdo a dicha sección reglamentaria. De lo contrario, estos procedimientos de arbitraje aplican.
6. GASTOS DE ARBITRAJE. Los gastos del arbitraje serán compartidos igualmente por las partes de este Acuerdo.
7. LEY APLICABLE. Salvo como aquí está previsto, el arbitraje será realizado y gobernado por las provisiones del Código de Arbitraje de la Florida, Estatutos de Florida, Sección 682,01 et seq. A realizar el arbitraje bajo los Estatutos de la Florida, Sección 682,01 et seq., todas las provisiones sustantivas de la ley de la Florida que gobiernan los reclamos de negligencia médica, incluyendo pero no limitado a límites en daños, Acto de Muerte Injusta de la Florida, el estándar de cuidado para proveedores médicos, y el estatuto de limitaciones bajo los Estatutos de la Florida, Sección 95.11(4)(b) aplicarán. **El testimonio experto de testigo será requerido para apoyar cualquier alegación de una desviación en el estándar de cuidado. Dicho testimonio de experto será gobernado por las Reglas de Evidencia de la Florida, del Código de Evidencia de la Florida, y del Capítulo de Estatutos de la Florida 766.**



Corporate Office: 14750 NW 77th Court, Suite 200
Miami Lakes, Florida 33016
Phone: (305) 558-3724

8. **EFEECTO O NEGACIÓN PARA PROCEDER CON ARBITRAJE.** En caso de que cualquier parte de este Acuerdo se niegue a seguir adelante con el arbitraje, la parte que obliga el arbitraje se reserva el derecho de continuar con el arbitraje, la designación de un árbitro y las audiencias para resolver la disputa, a pesar de la negación a participar o la ausencia de la parte opuesta. La sumisión de cualquier disputa bajo este Acuerdo al arbitraje sólo puede ser evitada por una orden judicial válida, indicando que la disputa está más allá del alcance de este Acuerdo de Arbitraje o contiene un aspecto ilegal que impide la resolución de la disputa por arbitraje. Cualquier parte de este Acuerdo que se niegue a seguir adelante con el arbitraje reconoce por la presente que el árbitro seguirá adelante con la audiencia de arbitraje y presentará una decisión obligatoria sin la participación de la parte que se opone al arbitraje o a pesar de la ausencia de esa parte en la audiencia de arbitraje.

9. **DIVISIBILIDAD.** Si alguna provisión de este Acuerdo es considerada inválida o no ejecutable, las provisiones restantes se mantendrán en vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra provisión **y las partes todavía quieren arbitrar cualquier reclamo que surja fuera de o relacionado al cuidado médico.**

10. **RECONOCIMIENTO POR LOS PACIENTES.** Al firmar este Acuerdo, el cliente también reconoce que él o ella ha sido informado que:
 - a. **NO COACCIÓN.** El Acuerdo no puede ser sometido a un cliente para su aprobación cuando la condición del cliente previene al cliente de tomar una decisión racional si está o no de acuerdo;

 - b. **ACUERDO BASADO SOBRE EL PROPIO LIBRE ALBEDRIO.** La decisión de firmar o no el Acuerdo es únicamente un asunto para la determinación del cliente sin ninguna influencia de SOUTH FLORIDA ENT ASSOCIATES, P.A. y/o sus agentes o empleados;

 - c. **RECIBO DE COPIA DEL ACUERDO.** He recibido una copia de este Acuerdo;

 - d. **ARBITRAJE OBLIGATORIO Y EFECTO EN EL DERECHO DE APELACIÓN.** El arbitraje obligatorio significa que las partes renuncien a su derecho a acudir a los tribunales para hacer valer o defender un reclamo cubierto bajo el presente Acuerdo. La resolución de los reclamos cubiertos por el presente Acuerdo será determinada por un panel neutral de árbitros y no por un juez o un jurado. Cada parte tendrá derecho a una audiencia justa, pero los procedimientos de arbitraje son más simples y más limitados que las reglas aplicables en los tribunales. Las decisiones de arbitraje son tan ejecutables como cualquier orden judicial. La decisión de un panel de arbitraje es definitiva y generalmente no habrá derecho a apelar una decisión adversa.

_____	_____,20
Paciente (Firma)	Fecha
_____	_____,20
Paciente (Nombre en letra de molde)	Fecha
_____	_____,20
Padre o Guardián si el paciente es un menor de edad (Firma)	Fecha
_____	_____,20
Padre o Guardián si el paciente es un menor de edad (Nombre en letra de molde)	Fecha
Por: _____	_____,20
SOUTH FLORIDA ENT ASSOCIATES, P.A.	Fecha



EXPLICACIÓN DEL PROCESS DE ARBITRAJE

Muchos de nuestros pacientes han preguntado por qué South Florida ENT Associates, P.A. ha comenzado a exigir a nuestros pacientes que firmen un acuerdo de arbitraje. Muchos están preocupados de que esto signifique que están perdiendo el derecho a demandar y también su derecho a compensación de cualquier situación en la que podría haber una queja legítima contra el médico o su oficina. Esto no es la realidad del caso, ni nuestra intención.

Los juicios son el método más común de resolver los conflictos en este país. Desafortunadamente, el proceso de llegar a una solución es un proceso muy largo, complicado y muchas veces doloroso para todos los involucrados. La mayoría de los juicios se prolongan durante años antes de que el jurado llegue a un veredicto, que también causan retrasos de cualquier compensación que sea dictada. El período de tiempo prolongado crea gastos adicionales para ambas partes y reduce el potencial de recuperación para el paciente.

El arbitraje es un proceso mucho más eficiente, los árbitros son elegidos por ambas partes y son profesionales que están capacitados para ayudar a llegar a una resolución más oportuna. El proceso también será mucho menos difícil para la vida tanto del paciente como del médico y es menos costoso. Es por estas razones que hemos optado utilizar el arbitraje como nuestro método de resolución de conflictos.

Como siempre, haremos todo lo posible para proporcionar atención médica de calidad y servicio a nuestros pacientes, y esperamos que el sistema de arbitraje rara vez o nunca será necesitada por nuestros pacientes.

¿Qué es el arbitraje?

- El arbitraje es el proceso de resolución de conflictos frente a un panel de árbitros neutrales.

¿Estoy renunciando a mi derecho a demandar?

- No, Arbitraje ocupa el lugar de y evita un largo juicio ante un jurado. Este documento simplemente indica que debe pasar por el proceso de arbitraje, con el fin de encontrar una solución neutral.

¿Por qué estamos haciendo esto?

- Tradicionalmente, los casos de negligencia médica se han resuelto a través de litigios y es un proceso que consume mucho tiempo, es costoso y estresante para ambas partes. Los altos costos financieros y emocionales de los litigios han dado lugar a un arbitraje obligatorio, que es un método alternativo de resolución de conflictos. El proceso de arbitraje ha demostrado ser más rápido y menos costoso para las dos partes implicadas.

¿Qué sucede si no firmo?

- Si usted es un paciente existente, en el medio de tratamiento y se niega a firmar el acuerdo de arbitraje, después de que el tratamiento para el problema actual se haya completado, se le proporcionará un aviso de 30 días para encontrar otro médico.
- Si usted es un paciente nuevo o un paciente existente que no ha visto a unos de nuestros médicos hace un tiempo y no está en tratamiento actual, no se le entenderá.

El proceso de arbitraje no es nuevo y ha sido utilizado por los médicos desde el año 1920. Debido a que el costo de un litigio es cada vez más, el arbitraje se ha vuelto más popular y es una practica alternativa para resolver los litigios en los tribunales.