



## Registro de Paciente

Según lo exige la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de su información que nosotros creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidencialmente en condiciones sujetas a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no utiliza esta información para discriminar.

<b>Email:</b>		Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)			
Preferred Name: Miss Mr. Mrs. Ms. Dr.		¿Cómo supo de nosotros? Otro Paciente Anuncio Redes Sociales			
		Empleado Nuestro Sitio Web Otro: _____			
Nombre:		Número de Teléfono: <i>incluya el código del área</i>		Número de Móvil: <i>incluya el código del área</i>	
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre		( )		( )	
Dirección del hogar:		Ciudad:		Estado: Código Postal:	
Dirección de correo					
Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Sex: M F	
Empleador:		Número de teléfono: <i>incluya el código del área</i>			
		( )			
Contacto de emergencia:		Relación familiar:		Número de teléfono: <i>incluya el código del área</i> Número de Móvil:	
				( ) ( )	
Estado Actual Estudiantil: Tiempo Completo Tiempo Parcial		Información de la escuela		Nombre del colegio: _____	
Estado de Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado		Dirección: _____			
Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Separado		Dirección 2: _____			
Farmacia Principal:		Numero de Teléfono: ( )		Ciudad, Estado, Código Postal: _____	

## Información de Seguro Dental

### Información del Seguro Primario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: Self Spouse Child Other

Número de Seguro Social del Asegurado.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Empleador: _____	Compañía de Seguro: _____
Dirección del Asegurado: _____	Dirección: _____
Dirección del Asegurado 2: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

**ID del Seguro #:** \_\_\_\_\_

**ID del Grupo #:** \_\_\_\_\_

### Información del Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: Yo Esposo(a) Hijo(a) Otro

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado 2: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Seguro #: \_\_\_\_\_

**ID del Seguro #:** \_\_\_\_\_

**ID del Grupo #:** \_\_\_\_\_



**Información Dental** Marque sus respuestas. Seleccione NS si no sabe la respuesta. Marque solo una opción por cada pregunta.

Sí No NS		Sí No NS		
¿Sangran sus encías cuando se cepilla o usa el hilo dental?		¿Tiene dolor de oído o de cuello? . . . . .		
¿Tienes sensibilidad al lo frio, caliente, dulces o presión? . .		¿Tiene molestia o siente algún desajuste mandibular? . . . .		
¿Tienes resequedad bucal? . . . . .		¿Usted rechina o cruje los dientes ? . . . . .		
¿Ha tenido tratamiento periodontal (encías)? . . . . .		¿Usted tiene llagas o úlceras en la boca?. . . . .		
¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia (aparatos)? . . . . .		¿Usted usa dentadura postiza o parciales? . . . . .		
¿Ha tenido problema asociado con otros tratamientos dentales? . . . . .		¿Participa en actividades recreativas activas?. . . . .		
¿El agua de su casa es fluorada? . . . . .		¿Ha tenido alguna lesión grave en la cabeza o boca? . . . .		
¿Usted toma agua embotellada o filtrada? . . . . .		Fecha de su último examen dental (mm/dd/aaaa):		
Si es cierto, cuan seguido? Diario Semanal A veces		¿Qué se realizó en esa cita?		
¿Tiene dolor o molestia bucal? . . . . .		Fecha de su último Rayos-X (mm/dd/aaaa):		
¿Cuál es la razón de su visita?		¿Siente ansiedad visitando al dentista?:	Ninguna	Poca
			Moderada	Bastante
¿Qué opina de su sonrisa?				

**Información Médica** Para las siguientes preguntas, marque con (X) a sus respuestas. Marque solo una opción por cada pregunta.

(Marque NS si no sabe la respuesta a la pregunta) Si No NS	Sí No NS
¿Tiene un doctor que le atiende su estado de salud? . . . . .	¿Ha tenido alguna enfermedad seria o ha sido operado? . . . .
Nombre del Doctor: _____	¿Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? . . . . .
Número de Teléfono: <i>incluya código del área</i> ( _____ ) _____	Si marca <b>Si</b> , brevemente explique? _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____	¿Está usted tomando o ha tomado recientemente medicina(s) no recetada?. . . . .
Are you in good health? . . . . .	Si marca <b>Si</b> , por favor liste, vitaminas, preparaciones herbales o naturales y/o suplementos dietéticos: _____
Has there been any change in your general health within the past year? . . . . .	_____
If yes, what condition was treated? _____	_____
Date of last physical exam: _____	¿Usted usa substancia controladas (drogas)? . . . . .
Do you wear contact lenses? . . . . .	¿Usted usa tabaco (fuma, huele o mastica)? . . . . .
Are you taking, or have you taken, any diet drugs such as Pondimin (fenfluramine), Redux (dexphenfluramine) or fen-phen (fenfluramine-phentermine combination)? . . . . .	Si marca <b>Si</b> , cuanto le interesa parar? Marque una opción: Mucho Algo Not tengo Interés
Are you taking or scheduled to begin taking either of the medications alendronate (Fosamax®) or risendronate (Actonel®) for osteoporosis or Paget's disease? . . . . .	¿Usted toma bebidas alcoholicas? . . . . .
Since 2001, were you treated or are you presently scheduled to begin treatment with the intravenous bisphosphonates (Aredia® or Zometa®) for bone pain, hypercalcemia or skeletal complications resulting from Paget's disease, multiple myeloma or metastatic cancer? . . . . .	Si marca <b>Si</b> , cuanto ha tomado en las últimas 24 horas? _____
Date Treatment Began: _____	Si marca <b>Si</b> , típicamente cuanto toma en una semana? _____
	<b>SOLO PARA MUJERES</b> Está usted:
	Embarazada? . . . . .
	Número de semanas: _____
	¿Esta tomando pastillas para control de embarazo o control hormonal? . . . . .
	¿Cuidando de recién nacido(s) ? . . . . .
<b>Reemplazo de Articulación.</b> Usted ha tenido un reemplazo total de articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? . . . . .	
Fecha: _____ Si marca <b>Si</b> , ha tenido complicaciones?	
<b>Alergias</b> - Eres alérgico o ha tenido reacción(es) a: Si responde <b>Si</b> , especifique el tipo de reacción.	Metales: _____
Anestesia Local: _____	Latex (caucho): _____
Aspirina: _____	Lodine: _____
Penicilina o otros antibióticos: _____	Alergia al polen: _____
Barbittúricos, sedantes, o pastillas para dormir: _____	Animales: _____
Sulfa drugs: _____	Alimentos: _____
Codeine or other narcotics _____	Otros: _____



¿Usted ha tenido, o tiene algo de lo siguiente?

SIDA/HIV Positivo	Si	No	Medicina Cortisona	Si	No	Hemofilia	Si	No	Tratamientos de Radiación	Si	No
Enfermo de Alzheimer	Si	No	Diabetes	Si	No	Hepatitis A	Si	No	Perdida de Peso Reciente	Si	No
Anafilaxia	Si	No	Adicción a droga(s)	Si	No	Hepatitis B or C	Si	No	Diálisis Renal	Si	No
Anemia	Si	No	Se Enoja Fácilmente	Si	No	Herpes	Si	No	Fiebre Reumática	Si	No
Angina	Si	No	Enfisema	Si	No	Presión Sanguínea Alta	Si	No	Reumatismo	Si	No
Artritis/Gota	Si	No	Epilepsia o Convulsiones	Si	No	Colesterol Alto	Si	No	Escarlatina	Si	No
Válvula Artificial de Corazón	Si	No	Sangramiento Excesivo	Si	No	Urticaria o Erupción	Si	No	Culebrilla	Si	No
Articulación Artificial	Si	No	Sediento	Si	No	Hipoglicemia	Si	No	Anemia Falciforme	Si	No
Asma	Si	No	Desmayos/Mareos	Si	No	Latidos Irregulares de Corazón	Si	No	Problema Sinusal	Si	No
Enfermedad de la Sangre	Si	No	Tos Frecuente	Si	No	Problemas del Riñón(es)	Si	No	Espina Bífida	Si	No
Transfusión de Sangre	Si	No	Diarrea Frecuente	Si	No	Leucemia	Si	No	Enfermedad Estomacal/Intestinal	Si	No
Problema Respiratorio	Si	No	Dolores de Cabeza Frecuentes	Si	No	Enfermedad del Hígado	Si	No	Ataques	Si	No
Moretones Fácilmente	Si	No	Herpes Genitales	Si	No	Presión Sanguínea Baja	Si	No	Inflamación de Extremidades	Si	No
Cáncer	Si	No	Glaucoma	Si	No	Enfermedad Pulmonar	Si	No	Enfermedad de las Tiroides	Si	No
Quimioterapia	Si	No	Fiebre de Alergia al Polen	Si	No	Prolapso de la Válvula Mitral	Si	No	Amigdalitis	Si	No
Dolores de Pecho	Si	No	Ataque o Insuficiencia Cardíaca	Si	No	Osteoporosis	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Herpes Labial/Ampolla Febril	Si	No	Soplo Cardíaco	Si	No	Dolor Articulación Mandibular	Si	No	Tumores o Crecimientos	Si	No
Desorden Congénito Corazón	Si	No	Marcapaso Cardíaco	Si	No	Enfermedad Paratiroides	Si	No	Úlceras	Si	No
Convulsiones	Si	No	Enfermedad o Problemas del Corazón	Si	No	Cuidado Psiquiátrico	Si	No	Enfermedades Venérea	Si	No
									Ictericia Amarilla	Si	No

¿Usted ha tenido alguna enfermedad seria no listada anteriormente? Si No Si marcó **Si**, ¿cual? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Algún doctor o dentista le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental? ..... Si No

Nombre del doctor o dentista que hizo la recomendación: \_\_\_\_\_ Número del Teléfono ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna enfermedad, condición, o problema no listado anteriormente y que deberíamos saber?

Por favor explique: \_\_\_\_\_

**NOTA: Se alienta a que tanto el doctor como el paciente conversen algunos o todos los problemas de salud antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y entendido la información anterior y que la información presentada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de proveer información medica certera y que mi dentista y su personal contarán con esta para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las consultas expuestas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No haré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal de trabajo, por ninguna acción que tomen o no tome debido a errores o datos omitidos al completar este formulario.

Firma del Paciente/Custodio Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para el Tratamiento Dental

1. Autorizo el tratamiento dental y el uso de anestesia local, examinación, radiografías (rayos-X) o ayudas para el diagnóstico.
2. En términos generales, el tratamiento dental puede incluir y no está limitado a uno o varios de los siguientes puntos:
  - Administración de anestesia local
  - Limpieza de los dientes y aplicación de fluoruro tópico
  - Descamación y cepillado radicular con anestesia local
  - Aplicación de selladores en las ranuras de los dientes
  - Tratamiento de enfermedades o dientes lesionados con restauraciones dentales. Estas restauraciones puede ser amalgama (plata) o composite (blanco).
  - Coronas de acero inoxidable para niños. Estos son necesarios en caso donde el llenado simple no seria la mejor opción para la restauración a largo plazo o en casos donde hay grandes cavidades
  - El reemplazo de dientes inexistentes con prótesis dental (corona, parciales, etc.)
  - Tratamientos de enfermedades o tejido oral lesionado (duros o blandos)
  - Tratamiento de dientes malformados (torcidos) y/o desarrollo de anomalías.
  - Tratamiento del canal o cámara pulpar que se encuentra en el medio del diente y su raíz, también conocida como terapia "endodóntica" o (tratamiento del conducto radicular)

### Riesgos de Procedimientos Dentales en General

Se incluye (pero no limitado a) las complicaciones derivadas del uso de instrumentos dentales, drogas, medicamentos, analgésicos (medicamentos para el dolor), anestésicos e inyecciones. Estas complicaciones incluyen dolor, infección, hinchazón, sangramiento, sensibilidad, entumecimiento y sensación de hormigueo en el labio, lengua, mentón, encías, mejillas y dientes, tromboflebitis (inflamación de la vena), reacción a las inyecciones, cambio en la oclusión (mordedura), calambres and espasmos musculares, dificultad en la articulación temporomandibular (mandíbula), aflojamiento de los dientes o restauración en los dientes, lesiones en otros tejido, dolor referido al oído, cuello, y cabeza, náusea, reacciones alérgicas, picazón, hematomas o moretones, retraso en la curación, complicaciones sinusales y cirugía(s) adicionales. La medicación y las drogas pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación (que puede verse influenciada por el uso de alcohol u otras drogas), por lo tanto, es aconsejable no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso, ni trabajar durante veinticuatro horas o hasta que se recupere de sus efectos.

### Cambios al Plan de Tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar todos los procedimientos debido a las condiciones encontradas durante el trabajo en la dentadura que no se descubrieron durante la examen. Una vez informado, otorgaré mi permiso al dentista para que haga todos los cambios y adiciones según sea necesario.

### Rellenos

Entiendo que puedo experimentar sensibilidad al lo caliente o al frio, dolor o incomodidad después de los procedimientos de restauración de rutina y que esto generalmente es temporal y debe resolverse sin más tratamiento. En caso de que mi afección no mejore, entiendo que podría necesitar más tratamiento dental, siendo el más común la terapia del conducto radicular, lo que resulta en costos adicionales.

### Corona y Puentes

Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo usar coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que se mantenga en su lugar hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Entiendo que la oportunidad final para hacer cambios en cualquier corona nueva o puente (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación. Una vez cementado, entiendo que cualquier cambio en forma, ajuste, tamaño o color incurrirá en cargos adicionales.

### Tratamiento Alternativo

Entiendo que tengo el derecho a escoger sobre la base de información adecuada, de planes de tratamiento alternativo que cumplan con los estándares profesionales de atención.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para los tratamientos generales y/o el tratamiento propuesto.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O MADRE, o GUARDIÁN LEGAL \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_



**FORTUNE  
SMILES  
DENTAL**

**Fortune Smiles Dental**  
1843 SW 8th Street  
Miami, FL 33135  
Tel: (786) 542-0977  
Fax: (786) 275-4046

## **RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me han proporcionado una copia del aviso de las prácticas de privacidad de Fortune Smiles Dental, la cual tiene una fecha de vigencia del 09/23/2013, y que describe como la información de mi salud puede ser usada y divulgada.

Entiendo que tiene derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, y que se me proporcionará una copia de la versión actualizada y que puedo contactarlo en cualquier momento para solicitar el Aviso de Prácticas de Privacidad actualizado.

A continuación, firmo reconociendo que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente (Si no Firma el Paciente)



**FORTUNE  
SMILES  
DENTAL**

**Fortune Smiles Dental**  
1843 SW 8th Street  
Miami, FL 33135  
Tel: (786) 542-0977  
Fax: (786) 275-4046

## **AVISO CAMBIOS DE MATERIALES A NUESTRA POLÍTICA DE PRÁCTICA DE LA PRIVACIDAD**

**Vigencia: Septiembre 23<sup>rd</sup>, 2013**

### **ANTECEDENTES**

La ley de seguro de salud de Portabilidad y responsabilidad del año 1996 (HIPAA) otorga a las personas el derecho a ser informadas sobre las prácticas de privacidad de sus proveedores de atención médica y el derecho a comprender y controlar como se utiliza su información de salud. Se requiere que los proveedores de atención médica desarrollen y distribuyan un aviso que proporcione una explicación clara de estos derechos y prácticas.

Nuestra práctica ha realizado cambios materiales en nuestras prácticas de privacidad, de conformidad con los cambios legales a HIPAA y la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH). Lo haremos proporcionar a todos nuestros pacientes nuestro aviso de prácticas de privacidad revisado y actualizado, y solicitar un acuse de recibo firmado por cada paciente.

### **RESUMEN DE CAMBIOS MATERIALES A NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD:**

- Hemos agregado una declaración a nuestra práctica de privacidad reconociendo que no podemos usar o divulgar su información de salud protegida para fines de mercadeo o mercadotecnia, incluidas las divulgaciones que constituyan ventas, sin autorización.
- Vamos a emitir nuevos formularios de autorización de divulgación de registros de pacientes que permite a los pacientes elegir si autorizan o limitan que la práctica divulgue su información de salud protegida en ciertas formas, para incluir la exclusión voluntaria de la comunicaciones de recaudación de fondos.
- Si la práctica mantiene las notas de psicoterapia de un paciente, no se divulgarán a menos que usted firme una autorización o si la ley así lo exija.
- Los pacientes tienen el derecho a restringir a la práctica de revelar cierta información de salud protegida a los proveedores del plan de salud si el paciente paga personalmente por su servicio completo.
- Hemos revisado nuestras prácticas de informes de violación de privacidad interna para cumplir con los cambios del 2013 en las reglas de privacidad de HIPAA y HITECH, y los pacientes tienen derecho a recibir una notificación de violaciones de información de salud protegida no segura.
- De conformidad con la Ley de No Discriminación de Información Genética (GINA), nuestra práctica no utilizará ni divulgará ninguna información genética a proveedores de seguros u otros con fines de suscripción.

Si desea información adicional sobre nuestra prácticas de privacidad, o si tiene preguntas o inquietudes, contáctenos como se indica a continuación.

**Contact Name:** Tomas Acosta  
**Address:** 1843 SW 8th Street Miami, FL 33135  
**Telephone:** (786) 542-0977



**FORTUNE**  
**S M I L E S**  
D E N T A L

**Fortune Smiles Dental**  
1843 SW 8th Street  
Miami, FL 33135  
Tel: (786) 542-0977  
Fax: (786) 275-4046

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

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

**POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.  
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

---

## NUESTRO DEBER LEGAL

La Ley de Seguro de Salud y Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y dentales y otra información de salud que identifique al individuo usada o divulgada por nosotros en cualquier forma, sea electrónicamente, en papel, o verbalmente, estén debidamente mantenidas de manera confidencial. HIPAA le brinda a usted, el paciente, derechos significativos para comprender y controlar como se utiliza su información de salud.

HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas, incluyendo nuestra Práctica, que hacen un mal uso de la "Información de Salud Protegida" (PHI). La PHI es información sobre usted, que incluye información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente y futuro estado de salud, condición física y mental y relacionados servicios de atención médica. La Ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. También tenemos obligación legal de notificarle en caso de incumplimiento o divulgación no autorizada de la PHI.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. Este aviso de Políticas de Privacidad entra en vigencia el 23/09/2013, y permanecerá vigente hasta ser reemplazada. Estamos obligados a cumplir con el término del Aviso de Prácticas de Privacidad que esta en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras Prácticas de Privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de realizar cambios en nuestra Prácticas de Privacidad que aplican a todos los PHI que mantenemos, incluyendo la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar cambios. En caso de un cambio en nuestras prácticas, le proporcionaremos una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado a través de uno o más de los siguientes métodos: publicar el Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestro sitio web, enviarle una copia por correo o proporcionarle a usted una copia en su próxima cita con nosotros.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Para más información sobre nuestras Prácticas o para obtener copias adicionales, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este aviso.

---

## CÓMO PODRÍAMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Tratamiento:** Podríamos usar y/o divulgar su PHI al personal de nuestra oficina, así como a médicos y otros profesionales de la salud dentro o fuera de nuestra oficina, que están involucrados en su atención médica y necesitan la información para proporcionar atención médica y servicios relacionados. Por ejemplo, podemos usar y/o divulgar su PHI en consultas y/o discusiones con respecto a su atención médica y servicios relacionados con proveedores de atención médica a quienes nos referimos y de los cuales recibimos referencias. Requerimos información para divulgar su PHI a proveedores de atención médica que actualmente no están involucrados en su atención.

**Pago:** Podemos usar y/o divulgar su PHI para obtener el pago por los servicios que le brindamos. Si usted paga por completo los servicios, tiene derecho de restringirnos a que divulguemos su PHI con respecto a dichos servicios en su plan/aseguradora de salud. Por ejemplo, podremos brindarle a su proveedor de seguro de salud información sobre usted para que paguen por su tratamiento.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y/o divulgar su PHI en relación con nuestras operaciones de atención médica. La operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o calificaciones de la atención medica de profesionales, evaluando el desempeño de profesionales y proveedores, realizando programas de capacitación, acreditación, certificación, licencia y actividades de acreditación. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a estudiantes de medicina que realizan trabajos con nuestra(s) oficinas, o llame su nombre en el área de recepción.

**Recordatorios de Citas y Otros Contactos:** Podemos usar y/o divulgar su PHI al dejar mensajes telefónicos y al proporcionarle recordatorios de citas a través de mensajes telefónicos, postales o cartas. También podemos usar y/o divulgar información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Socios Comerciales:** Podemos usar y/o divulgar PHI a nuestros socios comerciales, como servicios de facturación o profesionales de la salud que prestan servicios como contratistas independientes, con el fin de realizar funciones específicas en nuestro nombre y/o proporcionarnos servicios. La PHI solo se utilizará o divulgará si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de la PHI y no se les permite usar o divulgar ninguna PHI que no sea especificado en nuestro contrato con ellos.

**Su familia, Amigos, y Representantes:** Podemos usar y/o divulgar su PHI para notificar o ayudar en la notificación de un miembro de la familia, pareja doméstica, amigo personal cercano, su representante personal, una entidad que ayuda en un esfuerzo de recuperación de desastre, o otra persona responsable por o involucrado en su cuidado. Si está presente, antes de usar y/o divulgar su PHI, le brindaremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad, su muerte o en circunstancias de emergencia, si se considera apropiado en base a nuestro juicio profesional, divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención. Podemos informar a dicha(s) persona(s) de su ubicación, su estado general o muerte. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables para su mejor interés al permitir que una persona obtenga recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de PHI en su nombre. No divulgaremos la PHI a dicha persona si hacerlo es incompatible con cualquiera de sus deseos anteriores que conocemos.

**Abuso o Negligencia:** Podemos usar y/o divulgar su PHI a las autoridades correspondientes si creemos razonable que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o la víctima de otros delitos. Podemos divulgar su PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su PHI a médicos forenses o examinadores médicos según sea necesario, con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI al directores de funeral según sea necesario para sus deberes.

**Seguridad Nacional:** En ciertas situaciones, podemos divulgar su PHI a autoridades militares. Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados según se requiera para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. En ciertas situaciones, podemos divulgar su PHI a una institución correccional o un oficial de la ley con quien usted esté bajo custodia legal.

**Recaudación de Fondos:** Podríamos comunicarnos con usted en relación con las actividades de recaudación de fondos, sin embargo, usted tiene el derecho de optar por no recibir dichas comunicaciones.

**Propósitos de Notificación de Violación de Datos:** Podemos usar y/o divulgar su PHI para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su PHI.

**Requerido por la Ley:** Podemos usar y/o divulgar su PHI cuando la ley así lo exija. Dichas circunstancias incluyen, entre otras, el cumplimiento de una orden judicial, informes obligatorios debido a amenazas graves o inminentes al público, reporte mandatorio de abuso o negligencia infantil, en respuesta a auditorías o investigaciones de agencias gubernamentales, e informar divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos según sea necesario con el fin de investigar o determinar nuestro cumplimiento con HIPAA y Tecnología de Información de Salud para la Economía y la Ley de Salud Clínica (HITECH)

---

## PUEDE PROPORCIONAR AUTORIZACIÓN ADICIONAL

**Usos de Mercadeo:** Solo podemos usar y/o divulgar su PHI con fines de mercadeo si nos autoriza a hacerlo. Dicha autorización nos permitiría revelar PHI a un socio comercial tercero, con el fin de proporcionarle productos o servicios complementarios específicos cuando su médico considere que tales ofertas serán de valor para usted. Su autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. La revocación de la autorización no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente.

**Venta:** Podemos usar y/o divulgar su PHI de una manera que constituya una venta de información si usted nos autoriza a hacerlo. Su autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. La revocación de la autorización no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente.

**A Otros con su Autorización Específica:** Además de nuestro uso y/o divulgación de su PHI como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, puede darnos puede darnos una autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. Si el consultorio o la práctica mantiene notas de psicoterapia, no se divulgará a menos que firme una autorización o si la ley así lo exige. En conformidad con la ley de no discriminación genética (GINA), nuestra práctica no utilizará ni divulgará su información genética a proveedores de seguros con fines de suscripción.

---

## DERECHO DE LOS PACIENTES

**Acceso:** Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir copias de su PHI, o recibir su PHI electrónicamente, con excepciones limitadas. También puede solicitar que preparemos un resumen o una explicación de su PHI. Si mantenemos su PHI en formato electrónico, puede solicitar ver su PHI en ese formato. Puede solicitar que le proporcionemos copias o el resumen en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no sea factible. Para obtener copias o un resumen, debe hacer una solicitud por escrito y proporcionarnos un tiempo razonable para responder, generalmente treinta (30) días. Puede enviarnos una carta o solicitarnos un formulario utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso de prácticas de privacidad. Nosotros le cobrará una tarifa razonable basada en costos por gastos tales como copias, franqueo, costo de escaneo, costos de recopilación de datos electrónicos y/o tiempo del personal. Comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener una explicación completa de honorarios por su solicitud.



**Notificación de Filtración de Datos:** Le notificaremos en caso de filtración de datos o incumplimiento de la seguridad de su PHI, según lo requerido por HIPAA y la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Economía y Salud Clínica (HITECH).

**Divulgación de Contabilidad:** Tiene el derecho a recibir una lista de casos, si los hay, en los que nosotros y nuestros socios comerciales o sus subcontratistas divulguemos su PHI para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos permitidos como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, durante los últimos 3 años. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a las solicitudes adicionales. Tiene derecho a solicitar dicha contabilidad en formato electrónico.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho a poner restricciones adicionales en el uso y/o divulgación de su PHI. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si así fuese, cumpliremos con nuestro acuerdo, exceptuando en casos de emergencia.

**Comunicación Electrónica, Alternativa, o Confidencial:** Tiene derecho a solicitar, por escrito, que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por medios alternativos, como electrónicos o en ubicaciones alternativas. Su solicitud debe especificar el medio o ubicación, y proporcione una explicación satisfactoria sobre cómo se manejarán los pagos bajos los medios alternativos o la ubicación que solicite.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, que modifiquemos su PHI. Su solicitud debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Nota Electrónica:** Si usted recibe este Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestro sitio web o por correo electrónico, usted tiene el derecho a recibir una copia en papel.

---

## QUEJAS Y PREGUNTAS

Si tiene alguna inquietud de que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, o en una respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su PHI, o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede comunicarse con nosotros utilizando la información que se detalla a continuación.

Además, puede presentar queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Le proporcionaremos la información de contacto para presentar una queja a solicitud. Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Si desea obtener información adicional sobre nuestra práctica de privacidad, o si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor contáctenos usando la información a continuación.

**Contact Name:** Tomas Acosta

**Address:** 1843 SW 8th Street Miami, FL 33135

**Telephone:** (786) 542-0977