



Physician for Adults, P.A.

1900 N. Central Avenue ♦ Kissimmee, FL 34741

Ph: (407)933-0912, Fax: (407) 933-1034

www.physicianforadults.net

¡Bienvenido a Nuestra Práctica!

Gracias por seleccionar a **Physician for Adults, P.A.**, como su proveedor de salud. Usted, el paciente, es la persona más importante en nuestra oficina y estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado de salud posible. Por favor, lea, entienda y acepte nuestras políticas. Nuestro personal, gustosamente discutirá con usted nuestras políticas cuando usted así lo necesite. Por favor, no dude en hacernos cualquier pregunta que tenga sobre su plan de salud o cuidado médico.

Horas de Oficina: Lunes, miércoles y jueves de 8:00 AM 12:00 PM y de 1:00 PM a 5:00 PM. Martes de 9:00 AM a 1:00 PM y de 2:00 PM a 7:00 PM. Viernes de 8:00 AM a 1:00 PM. Nuestra oficina está cerrada sábados y domingos.

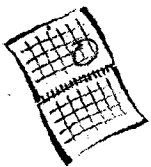
Emergencias: Para situaciones en las que su vida corra peligro llame al 911. Si usted tiene un problema urgente, por favor llame a nuestra oficina para que le den instrucciones. Después de horas laborables y durante la hora de almuerzo, nuestro sistema automático de contestar llamadas le informará cómo usted puede ponerse en contacto con el Dr. Rodríguez o el médico que esté de turno.

Recetas: Todas las peticiones para resurtir sus medicamentos deberán hacerse con 48 horas de anticipación y durante nuestras horas normales de oficina. Por favor haga que su Farmacia llame a nuestra oficina al (407) 933-0912 para la renovación de sus medicinas.

- Para pedir una cita por favor, llame al (407) 933-0912.
- Por favor, llame con anticipación para visitas de rutina y durante su visita de rutina haga su cita de seguimiento antes de marcharse.
- Por favor, preséntese a su cita con 15 minutos de anticipación.
- Para su primera visita, por favor tenga a la mano la tarjeta de su compañía de seguro médico y llegue con anticipación para completar las formas necesarias sobre información del paciente.
- Traiga consigo todos los medicamentos que esté tomando el día de su cita.
- Nosotros nos esforzamos por mantener nuestro horario de citas, pero emergencias pueden ocurrir. Si nos retrasamos por tal razón, haremos nuestro mejor intento por notificarle de antemano.
- Como un gesto de cortesía hacia los otros pacientes y nuestro personal, por favor, llame a la oficina tan pronto como sea posible si usted no puede venir a su cita o va a llegar tarde.
- Se requiere una notificación de 24 horas de anticipación para cancelar su cita.
- Existe un cargo de \$25.00 si usted no se presenta a su cita y no lo notifica por adelantado. (esta cuota podrá ser condonada en caso de una emergencia médica).
- Si usted se presenta tarde 15 minutos o más a su cita, nos reservamos el derecho de cambiarle la cita para otro día.
- Si usted no se presenta a sus citas en más de dos ocasiones sin llamar para cancelar con anticipación, usted podría ser retirado de nuestra práctica.

- Co-pagos, co-seguros, y cualquier saldo pendiente serán pagado al momento de la visita, a menos que se hayan hecho arreglos pertinentes con anterioridad a su visita. Todos los cargos son su responsabilidad, independientemente de si su compañía paga o no. Nosotros le pasaremos la cuenta a su compañía de seguro médico por todos los servicios provistos. Usted es responsable de cualquier balance pendiente. Cuentas que no sean pagadas a tiempo estarán sujetas a colección por terceras partes y /o a procedimientos legales.
- Si nosotros no somos proveedores participantes de su plan médico, le proveeremos de un recibo para que usted pueda someter su reclamación a su compañía de seguro. Si no tenemos contrato con su plan de seguro médico los cargos deberán ser pagados al momento que usted reciba el servicio.
- Aceptamos tarjetas de crédito como: **Visa, Master Card, Discover y American Express.** Nos reservamos el derecho de aceptar cheques personales con la identificación apropiada. Cheques devueltos por el banco estarán sujetos a un cargo adicional de \$20.00 los cuales aparecerán en su cuenta.
- Si su compañía de seguro no paga su reclamación en un periodo de 30 días, es su responsabilidad el ponerse en contacto con ellos para que aceleren el pago. Si su compañía de seguro no paga en un periodo de 60 días, usted será responsable por la cuenta. Balances de más de 90 días podrán estar sujetos a cuotas de colección.

Citas



Política Financiera



Nos reservamos el derecho de transferir formalmente toda la responsabilidad asociada con la reclamación de la cuenta al paciente/fiador. De no resolverse a tiempo el pago de su balance esto puede resultar en colección por terceras partes y/o se podrían tomar acciones legales.

- Entendemos que emergencias siempre pueden surgir que afecten el pago a tiempo de su cuenta. Si ese es su caso, por favor, comuníquese con nuestro departamento de facturación al **(407) 933-0912**.

Seguro Médico



- Por favor, siempre notifique nuestra oficina de cambios relacionados con su nombre, dirección o información de su plan médico.
- Antes de su cita, por favor revise la información de su seguro, de manera que usted esté informado sobre referidos, co-pagos y cualquier deducible que se requiera al momento de su visita. Nosotros aceptamos Medicare y otros planes de salud, sin embargo le aconsejamos que se ponga en contacto con nuestro personal antes de que los servicios le sean prestados.
- El contrato que usted tiene con su compañía de seguro médico es entre usted y su compañía. Cualquier reclamo relacionado con su cubierta deberá ser dirigida directamente a ellos.
- **Referidos:** El plazo de tiempo para procesar referidos es de 72 horas. Si usted ha sido referido, por favor asegúrese de traer consigo el mismo, al momento de registrarse en la oficina.

- Que notifique al personal médico de nuestra práctica de cualquier cambio pertinente relacionado con su plan médico, empleo, información demográfica o relación con sus proveedores de cuidado o servicios de salud.
- El pago por los servicios requeridos y recibidos de parte de **Physician for Adults, P.A.** que no estén cubiertos por su aseguradora en un plazo de 90 días.
- Que notifique a nuestra práctica de cualquier cambio en su estado de salud.
- Que siga el plan de tratamiento recomendado y que nos informe con anticipación de cualquier impedimento físico o mental que requiera acomodo especial razonable.
- Que haga preguntas sobre instrucciones y/o procedimientos que usted no entienda.

¿Qué necesitamos de usted?



- A ser tratado con respeto, dignidad y ha ser informado sobre sus necesidades de cuidado de salud de manera que pueda tomar decisiones apropiadas.
- A ayudarle a planificar su cuidado de salud y hacerle cambios si así lo requiere.
- A esperar que la información de enseñanza que le sea provista esté en una manera que usted la pueda entender.
- A ser informado del proceso de la oficina de facturación de las cuentas.
- A que su información médica se mantenga confidencial, excepto cuando usted haya dado su consentimiento.
- A esperar un servicio profesional, apropiado y en un tiempo razonable.
- A expresar sus quejas al supervisor de la oficina médica y esperar seguimiento a la misma sin repercusiones negativas o cambios en el servicio.
- A recibir cuidado sin ser discriminado por razones de raza, religión, sexo, impedimentos u origen étnico.

¿Qué debe esperar usted de nosotros?



Dr. Juan Rodríguez-Rodríguez

El Dr. Rodríguez es médico internista certificado por la Junta de Médicos Internistas y tiene licencia para practicar en el estado de la Florida.

“Mi objetivo es proveerle el mejor servicio médico posible en una manera profesional y un ambiente de respeto”

Estamos localizados en el 1900 Avenida Central Norte (Intersección con la avenida Columbia Oeste).

He leído y entiendo las políticas de la práctica y estoy de acuerdo y me atengo a sus términos. También estoy de acuerdo en que estos términos pueden ser enmendados por la práctica de tiempo en tiempo.

Otra vez, Gracias por escoger Physician For Adults, P.A.. Apreciamos la oportunidad que nos brinda de servirle.

Firma del Paciente

Fecha

Physician for Adults, P.A.

1900 N. Central Avenue
Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933-0912

PT ID# _____

¡Bienvenido a Nuestra Práctica!

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Fecha: _____

Paciente: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
#SS: _____ Fecha Nac.: _____ Dirección Residencial: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
#Teléfono Hogar: _____ #Teléfono Celular: _____
Sexo: M F Soltero Casado Divorciado Edad: _____

Compañía para la cual trabaja: _____ Dirección de la Compañía: _____
Ocupación: _____ #Teléfono de la Compañía: _____

Tiene usted Seguro Médico? Si No Nombre del Subscriptor: _____
Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____
ID # _____ # Grupo: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre de Compañía Aseguradora Secundaria (si aplica): _____
#ID: _____ #Grupo: _____ Nombre del Subscriptor: _____

Nombre del Cónyuge: _____ # Seguro Social del Cónyuge: _____
Cónyuge trabaja para: _____ Dirección de la Compañía: _____
Ocupación: _____ #Teléfono de la Compañía: _____

Persona a llamar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ # Tel. residencia: _____ # Tel. Celular: _____
¿Quién es responsable de esta cuenta? _____ Relación con el paciente: _____
¿Con quién podemos compartir: información médica información sobre cuentas/pagos?
Relación con el paciente: _____

¿Cómo se enteró usted de nuestra práctica? Amigo/ familiar, si es así, ¿Cuál es su nombre?: _____
 Páginas Amarillas Correo Referido médico: si es así, ¿Cuál es el nombre del médico?: _____
 Periódico Referido por un Hospital Otro, especifique: _____

Por favor, recuerde que el Seguro Médico es un método de reembolso por pagos hechos al médico, pero usualmente no está diseñado para cubrir el pago completo. Debido a que las Compañías Aseguradoras varían en la cantidad que pagan por diferentes servicios, en última instancia es su responsabilidad el pagar la porción de la cuenta que no está cubierta por su Aseguradora (excepto, cuando está restringido por ley o la Práctica haya llegado a un acuerdo con el asegurador). Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra información pertinente relacionada conmigo a proveer a la Administración del Seguro Social y/o Centros para el Medicare y Servicios de Medicaid o sus intermediarios, o cualquier Compañía de Seguros comercial, la información que sea necesaria para server a este propósito o que esté relacionada con cualquier reclamo al Medicare. Yo accedo a que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original, y pido que el pago de los beneficios del Seguro Médico sean dirigidos a mi nombre o a la persona designada que así haya aceptado la responsabilidad. Yo he recibido notificación de las políticas de privacidad de esta organización.

Firma: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO SOBRE SU SALUD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, indique(✓) de la siguiente lista aquellos problemas médicos crónicos que le afectan a usted :

<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Anemia	Otros problemas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema/ Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Tiroides	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Glaucoma	

Por favor, escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente, potencia (en miligramos) y con qué frecuencia. Incluya medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos naturales.

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si No. Si es alérgico, escriba a cuál o cuáles medicamentos y la reacción que le causa(n).

Historia Social:

Estado Civil: _____ Número de hijos: _____, Ocupación: _____

¿Fuma?: Si No, Si contesto que si, ¿Cuántos cigarrillos al día? _____, ¿Cuánto tiempo lleva fumando?

_____, Si dejó de fumar, ¿En que año? _____ ¿Consume bebidas alcohólicas?: Si No. Si contestó que

si, ¿Cuántas bebidas a la semana? _____, ¿Usa usted Drogas?: Si No. Si contesto que si, ¿Cuáles?

_____, ¿Lleva una dieta baja en grasa? Si No. ¿Hace ejercicio?: Si No. ¿Cuál y con qué

frecuencia?: _____ ¿Tiene usted un testamento? Si No. Si contestó que si, ¿Tenemos una

copia del mismo? Si No

Historial familiar: ¿Padece alguien en su familia de alguna de las siguientes condiciones? Indique cuál y quién la padece.

<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Asma

Por favor, anote cualquier hospitalización y/o cirugía que haya tenido (incluya el año)

Continúa ⇨

¿Está usted bajo el cuidado de algún doctor por algún problema médico? Si No. Si contestó que si, nombre del Doctor y por cuál problema médico? _____

Indique aquellos procedimiento y /o vacunas que le apliquen a usted:

Procedimientos:	Procedimientos:	Vacunas:
Sigmoidoscopia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____	Electrocardiograma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____	Influenza: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____
Colonoscopia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____	Prueba de estres: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____	Tétano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____
		Pneumonía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Año: _____

Marque (✓) aquellos síntomas que padece actualmente y/o si los ha padecido antes indique en qué año.

General	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Pérdida o ganacia de peso sin explicación <input type="checkbox"/> Fatiga
Piel	<input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cambios en pelo, piel y/o uñas
Ojos	<input type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Cambios en la visión <input type="checkbox"/> Descargas
Oídos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Cambios en audición <input type="checkbox"/> Gotereo nasal persistente <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales <input type="checkbox"/> Garganta irritada <input type="checkbox"/> Cambios en la voz
Corazón	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco
Pulmones	<input type="checkbox"/> Toz <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar <input type="checkbox"/> Sibilancias (wheeze)
Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sangre en la excreta <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Cambios en los movimientos de los intestinos
Genitourinarios	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmission sexual Mujeres: <input type="checkbox"/> Descarga vaginal <input type="checkbox"/> Cambios en el ciclo menstrual o función sexual Hombres: <input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Disminución en flujo de orina <input type="checkbox"/> Cambio en la función sexual <input type="checkbox"/> Descarga del pene
Ortopédicos	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Artritis
Neuro/Psic.	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad
Alergias	<input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno
Circulación	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos

Mujeres:

Prueba	Fecha (mm/dd/yr)	Resultado	Número de embarazos: ___ # de Abortos espontáneos: ___ # Abortos: ___ # Nacimientos vivos: ___
Papanicolau		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	1er día de su última menstruación _____ Síntomas de Menopausia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?: _____
Mamograma		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
Osteoporosis scan		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

Hombres: Fecha último examen de la próstata: _____
Fecha última prueba de sangre PSA (próstata): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

(Por favor lea y firme)

Yo, el abajo firmante, consiento a los siguientes tratamientos:

- Administración y ejecución de todos los tratamientos
- Administración de cualquier anestésico que sea necesario
- Realización de dichos procedimientos que se estimen necesarios o aconsejables en el tratamiento del paciente
- Uso de medicamentos recetados
- Realización de procedimientos diagnósticos/pruebas y cultivos
- Realización de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptables que puedan estar consideradas médicamente necesarias o aconsejables basadas en el criterio del médico que está atendiendo al paciente o sus representantes designados.

Yo, entiendo completamente que esta información se me ha dado con anticipación a cualquier diagnóstico específico o tratamiento.

Yo entiendo que este consentimiento es continuo en naturaleza, aún cuando un diagnóstico haya sido hecho y un tratamiento haya sido recomendado. El consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Yo, el abajo firmante, autorizo a **Physician for Adults, P.A.**, a utilizar y divulgar mi información con los propósitos de tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud, como está descrito en la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Una fotocopia de este documento podrá considerarse tan válida como el documento original.

Pacientes de Medicare:

Yo, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mis reclamos de Medicare. Yo designo los beneficios por servicios, pagaderos a **Physician for Adults, P.A.**

Yo, reconozco que recibí de **Physician for Adults, P.A.**, su Notificación sobre Prácticas de Privacidad.

Yo entiendo que si tengo alguna pregunta, comentario o queja al respecto, puedo comunicarme con su Oficial de Privacidad. Iniciales del paciente: _____

Firma del Paciente(o Persona Responsable)

Fecha

Firma del Representante Legal del Paciente (si aplica)

Fecha

Imprima el Nombre del Representante Legal

Relación con el paciente

Revisado Oct. 1st, 2006

Physician for Adults, P.A. • 1900 N. Central Avenue • Kissimmee, FL 34741
Ph. (407) 933-0912, Fax. (407) 933- 1034

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I, _____, acknowledge and agree that I have received a copy
(Print name of Patient)
of Physician for Adults, P.A. Notice of Privacy Practices.

Patient Signature

Date

Patient Legal Representative (if applicable)

Date

Print Name of Legal Representative

Relationship to Patient

FOR OFFICE USE ONLY

Patient/Representative Declined to Sign _____ Staff Initials

Physician for Adults, P.A. made the following good faith efforts to obtain the above-referenced individual's written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices.

Identify the efforts that were made to obtain the individuals written acknowledgement, including the reasons (if known) why the written acknowledgement was not obtained.

MEDICAL RECORD REQUEST

To: _____

I _____, hereby request and authorize you to send all of my progress notes, labs, x-rays, and other tests and hospital discharge summaries that are in my medical records.

Data to exclude and not send is: _____

Reason patient wants information disclosed (Example: Physician Referral):

Please send this information to:

Physician For Adults, PA
Juan Rodriguez, MD
1900 N Central Avenue
Kissimmee, FL 34741

Tel: (407) 933-0912, Fax: (407) 933-1034

Patient's Signature

Date

Print Patient's Name

Patient's Date of Birth

Expiration Date of request will be one year from today's date or as specified on this line: _____

Si usted desea hacer una petición a Physician For Adults, P.A. para corregir la información médica que tengamos de usted, deberá comunicarse con el oficial de privacidad al número que aparece al final de esta Notificación.

El derecho a pedir un informe de nuestros usos y divulgación de su IPS: Usted puede pedir un informe sobre ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su información médica en los últimos 6 años anteriores a su petición. Favor de comunicarse con el oficial de privacidad de Physician For Adults, P.A.

Physician For Adults, P.A. no está obligada a proveerle de un informe sobre información médica que haya sido utilizada o divulgada con propósito de tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de salud, o cuando compartimos información con otros asociados de negocios, como agencias de cobro o facilidades médicas a las cuales o de las cuales lo hayamos transportado. O sobre nuestro uso de su IPS al cual usted nos haya dado autorización escrita.

El derecho a solicitar que se restrinja los usos y divulgación de su IPS: Usted tiene el derecho a pedirle a Physician For Adults, P.A. a restringir cómo usamos la información médica que tengamos sobre usted relacionada con tratamiento, pagos u operaciones de salud, o a restringir la información que le es provista a su familia, amigos u otros individuos envueltos en su cuidado de salud. Pero si usted solicita una restricción y la información que usted pide que se restrinja es necesaria para proveerle a usted de tratamiento de emergencia, entonces podremos utilizar su IPS para divulgar su información a algún proveedor de salud o para proveerle tratamiento de emergencia. Physician For Adults, P.A. no está obligado a estar de acuerdo con sus peticiones de restricción pero cualquier restricción a la cual Physician For Adults, P.A. acceda, son vinculantes.

El Derecho a obtener una copia escrita de esta Notificación: Disponible a solicitud del paciente, Physician For Adults, P.A. le proveerá una copia de esta Notificación. Para solicitar la misma, favor de comunicarse con el Oficial de Seguridad al número que aparece al final de la Notificación.

Revisión de la Notificación: Physician For Adults, P.A. se reserva el derecho de cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento, y los cambios serán efectivos inmediatamente y aplicará a toda la información de salud protegida que nosotros poseamos. Cualquier cambio material a la Notificación será puesta en un lugar visible en nuestras facilidades. Usted puede obtener una copia de la versión más reciente de esta Notificación al comunicarse con nuestro Oficial de Seguridad.

Derechos Legales del Paciente y Quejas: Usted tiene el derecho a quejarse al Oficial de Seguridad de Physician For Adults, P.A. o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. No se tomarán represalias contra usted de ninguna forma por someter una queja a nosotros o al gobierno.

Mercadeo/ Recaudación de Fondos: Physician For Adults, P.A. no utilizará su información protegida de salud con fines de mercadeo o recaudación de fondos.

Investigación: Si Physician For Adults, P.A. participa en cualquier proyecto de investigación donde la información protegida de salud identifique a pacientes individualmente, Physician For Adults, P.A. deberá obtener una autorización del paciente para divulgar su IPS.

Si usted tiene cualquier pregunta o si desea presentar una queja o ejercer cualquiera de los derechos incluidos en esta Notificación por favor comuníquese con:

Physician For Adults, P.A.
Practice Manager
1900 N. Central Avenue
Kissimmee, FL 34741
(407) 933-0912, Fax (407) 933-1034



PHYSICIAN FOR ADULTS, P.A.

IMPORTANTE: ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR, LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Propósito de esta Notificación: Physician For Adults, P.A. está requerida por ley a mantener la privacidad de cierta información, conocida como Información Protegida de Salud (IPS), y de proveerle a usted una notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad relacionadas con su IPS. Esta notificación describe sus derechos legales, le aconseja sobre nuestras prácticas de privacidad, y le deja saber cómo Physician For Adults, P.A. está permitida a usar y revelar su IPS.

Es requisito que Physician For Adults, P.A. se atenga a los términos de la versión de esta notificación actualmente en efecto. En muchas situaciones podremos utilizar su información como lo describe esta notificación, sin su permiso, pero existen otras situaciones en las cuales la podremos usar solamente después de haber obtenido su autorización por escrito, si la ley así lo requiere.

Usos y Divulgación permitidos de IPS:

Physician For Adults, P.A. puede utilizar IPS con los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, en muchos casos sin su autorización escrita. Ejemplos de nuestros usos de su IPH:

Para Tratamiento: Esto incluye, información verbal y escrita que obtengamos y usemos de usted pertenecientes a su condición médica y tratamiento provisto a usted por nosotros y otro personal médico. Incluye también información provista a otro personal de cuidado de salud al cual usted sea transferido por nosotros, e incluye transferencia de IPS por vía telefónica al hospital o director médico, y también el que proveamos al hospital de una copia del expediente médico escrito que hayamos creado para usted en el periodo de tratamiento y transporte. También, esto incluye información dada a algún miembro de su familia, o algún amigo personal cercano u otro individuo envuelto en su cuidado si usted prove su consentimiento oral para hacerlo o si le damos a usted la oportunidad de oponerse a tal divulgación y usted no se opone. Nosotros también le podemos divulgar información de salud a su familia, parientes, o amigos, si nosotros deducimos de las circunstancias, que usted no se opondrá. Por ejemplo, nosotros podemos asumir que usted accede a divulgar su información a su cónyuge si este la solicita. En situaciones en las cuales usted no tenga la capacidad de oponerse, podremos, en nuestro mejor juicio profesional, determinar que dicha divulgación a su familiar, pariente o amigo es para su beneficio propio. En tal situación divulgaremos sólo aquella información relevante a la participación de esa persona en su cuidado.

Para Pagos: Esto incluye cualquier actividad que nosotros debamos emprender para obtener un reembolso por los servicios provistos a usted, incluyendo entre otras cosas, la organización de su IPS, someter las cuentas a los proveedores de salud, y/o Compañías de Seguro, manejo de reclamos pendientes por servicios rendidos, determinaciones de necesidad médica, y revisiones, revisión de uso y colección de cuentas pendientes.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Esto incluye actividades de garantía de calidad, licenciamiento y programas de entrenamiento para asegurarnos de que nuestro personal cumpla con los estándares de cuidado federales, estatales y locales, y siga procedimientos y políticas establecidos, obteniendo servicios legales y financieros, conduciendo planificación del negocio, procesando agravios y quejas, y creando informes que no lo identifiquen a usted con el propósito de coleccionar datos.

- A otros proveedores de salud (como al hospital donde usted será trasladado) para las actividades de operaciones de cuidado de salud de la entidad que recibirá la información, siempre y cuando dicha entidad tiene o ha tenido una relación con usted y la IPS se refiera a esa relación.

- Para la detección de fraude y abuso en el cuidado de salud o para actividades relacionadas con el cumplimiento de la ley.

- A autoridades de Salud Pública en ciertas situaciones como , reportar un nacimiento, muerte o enfermedad según lo requiere la ley, como parte de una investigación de Salud Pública, para reportar abuso a niños o adultos, negligencia o violencia doméstica, para reportar eventos adversos como productos defectuosos, o para notificar a personas sobre exposición a una posible enfermedad contagiosa como lo requiere la ley.

- Para actividades de salud inadvertidas como auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, medidas disciplinarias, y otras acciones administrativas o judiciales asumidas por el gobierno (o sus contratistas) por ley para supervisar el sistema de cuidado de salud;

- Para acciones judiciales y administrativas requeridas por una corte u orden administrativa, o en algunos casos en respuesta a una citación u otro proceso legal;

- Para actividades de cumplimiento de la ley en situaciones limitadas, como cuando existe una orden para la petición , o cuando la información es necesaria para localizar a un sospechoso o detener un crimen;

- Para defensa y seguridad nacional, ejército y otras funciones especiales del gobierno;

- Con propósito de indemnización a trabajadores, y en cumplimiento con las leyes de indemnización a trabajadores;

- A examinadores médicos, jueces de instrucción, y directores funebres con el propósito de identificar a personas fallecidas, determinación de causas de muerte, o cumplir con sus responsabilidades como lo autoriza la ley;

- Si usted es un donador de órganos, podemos dar su información a organizaciones que manejen obtención, o transplante de órganos, ojos, o tejidos, o a bancos de

donación de órganos, como sea necesario para facilitar la donación o transplante de órganos.

- Para proyectos de investigación, pero esto estará sujeto a una revisión y aprobación estricta y la información de salud se dará sólo cuando exista un riesgo mínimo a su privacidad y los resguardos adecuados sean utilizados de acuerdo con los requisitos de la ley

Usos y divulgación de IPS que requieren autorización: Cualquier otro uso o divulgación de su IPS, aparte de los ya mencionados anteriormente, serán llevados a cabo sólo con su autorización escrita, (la autorización deberá identificar específicamente la información que se va a utilizar o a divulgar, y también cuándo y cómo la vamos a utilizar o a divulgar).

Usted puede revocar su autorización cuando así lo desee, por escrito, excepto en el caso de que ya la información haya sido utilizada o divulgada confiados en su autorización.

Derechos del Paciente: Como paciente, usted tiene ciertos derechos con respecto a la protección de su IPS, incluyendo:

El derecho a obtener, copiar o inspeccionar su IPS: Esto significa que usted puede visitar Physician For Adults, P.A., e inspeccionar y copiar la mayoría de la información médica que tenemos de usted. Physician For Adults, P.A. le proveerá acceso a esta información en un plazo de 30 días a partir de su petición. Physician For Adults, P.A. puede cobrarle por el costo de reproducir cualquier información médica a la cual usted tenga el derecho de acceso.

El derecho a corregir su IPS: Usted tiene el derecho a pedirle a Physician For Adults, P.A. a corregir información escrita que podamos tener sobre usted. Si Physician For Adults, P.A. está de acuerdo en corregir su información , lo haremos en un plazo de 60 días a partir de su petición y le notificaremos cuando la información haya sido corregida. La ley le permite a Physician For Adults, P.A. a negarse a su petición en ciertas circunstancias solamente, como cuando nosotros creamos que la información que usted está pidiendo que se corrija es la correcta.