

Cosas importantes que debe llevar a su cita:

1. Tarjeta de identificación
2. Solicitud de SDF si no la ha entregado ya
3. Tarjeta de seguro, si corresponde
4. Consentimiento informado (es decir, quién autoriza el tratamiento, prueba de la autorización)
5. Resumen del expediente clínico
6. Historial médico/dental; a menos que se entregue con la solicitud de SDF
7. Lista de medicamentos

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Historial de salud fuera del sitio

Historial del paciente

Preguntas generales

Motivo principal de consulta: _____

¿Desde cuándo padece esta afección? _____

¿Cómo calificaría su salud?

Excelente Buena Regular Mala

¿Está usted en tratamiento con un médico?

Sí No

En caso afirmativo, con el Dr. o Dra. _____

Núm. de teléfono _____

Razón _____

¿Alguna vez ha estado hospitalizado/a?

Sí No

En caso afirmativo, explique brevemente
cuándo y por qué _____

¿Se ha sometido a operaciones anteriores?

Sí No

En caso afirmativo, explique brevemente
cuándo y por qué _____

Presión arterial

Introduzca la última PA y la fecha _____

¿La PA del paciente es generalmente?

anormalmente alta anormalmente baja

Ninguna

¿Él/ella ha tenido alguna vez...? (marque todas las que correspondan)

Problemas cardíacos

Ataque cardíaco/IM, angina/dolor de pecho, hipertensión, válvula cardíaca protésica,
Insuficiencia cardíaca congestiva, Marcapasos/Desfibrilador, Endocarditis infecciosa,
Palpitaciones cardíacas, Latidos irregulares, Fiebre reumática, Cardiopatía reumática

**Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas
marcados con un círculo**

Problemas respiratorios

Asma, tuberculosis, apnea del sueño, bronquitis/enfisema/EPOC, tos,
Dificultad para respirar, neumonía

**Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas
marcados con un círculo**

Problemas sanguíneos

Anemia, anemia de células falciformes, VIH/SIDA, trastornos hemorrágicos (Coumadin,
hemofilia), tratamiento con warfarina, aparición de hematomas con facilidad

**Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas
marcados con un círculo**

Problemas de cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta

Dolores de cabeza frecuentes, chasquido, enganche o dolor de la articulación de la mandíbula/ATM, glaucoma, sinusitis/nasal

Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas marcados con un círculo

Problemas digestivos

Hepatitis/ictericia, enfermedad hepática, ERGE/reflujo/úlceras

Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas marcados con un círculo

Problemas endócrinos

Diabetes o trastorno de la tiroides

Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas marcados con un círculo

Problemas del sistema nervioso

Ictus/AIT/mini ictus, epilepsia/trastorno convulsivo, neuropatía/dolor neural

Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas marcados con un círculo

Problemas psiquiátricos

Depresión, trastorno de pánico/ansiedad, otros trastornos psiquiátricos/emocionales

Indique cualquier información que considere importante conocer sobre los problemas marcados con un círculo

Otros problemas

Enfermedad renal/riñón/próstata, trasplante de órganos, cáncer/tumores, radioterapia/quimioterapia, artritis, reemplazo de articulaciones,

Otros: _____

Solo para mujeres

¿Está amamantando?

Sí

No

Está o podría estar embarazada

Sí

No

Antecedentes familiares de... (marque con un círculo todos los que correspondan)

Cáncer

Arthritis

Enfermedad cardíaca

Hipertensión

Complicaciones de la anestesia

¿Él/ella ha consumido alguna vez...? (marque con un círculo todos los que correspondan)

Tabaco

Alcohol

Drogas recreativas

¿Él/ella ha tenido alguna ALERGIA a...? (marque con un círculo todas las que correspondan)

Aspirina

Yodo

Medicamentos contra el dolor

Penicilina/amoxicilina

Otros antibióticos

Indique: _____

Anestésicos locales

Otros medicamentos

Indique: _____

Guantes de látex o polvo

Alergias ambientales/estacionales

Otras alergias

Indique: _____

Medicamentos (marque con un círculo todos los que correspondan) **Proporcione una copia de la lista si es posible.

Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)

Aspirina

Coumadin

Plavix

Bifosfonatos (Boniva, Reclast, Fosamax, Aredia, Zometa)

Esteriodes

Anticonceptivos

Otros medicamentos/suplementos

Indique: O ADJUNTE LA LISTA CON LA SOLICITUD

Nombre del paciente: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre y dirección completa del dentista del paciente: _____

Discapacidad de desarrollo: _____

Revisión dental:

____ *Sí*, quiero recibir una revisión dental.

Capacitación en higiene oral:

____ *Sí*, quiero recibir capacitación y seguimiento **rutinarios** prácticos en higiene oral.

Tratamiento con barniz de flúor:

____ *Sí*, quiero recibir tratamientos rutinarios de barniz de flúor.

¿Es usted alérgico/a o sensible a algún tipo de dentífrico (pasta de dientes) y/o al flúor? *SÍ* *NO*

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Fecha

Se puede realizar una revisión dental (registro). La revisión tiene limitaciones y no sustituye un examen dental completo. El objetivo de los registros dentales es para recopilar datos. La odontología de necesidades especiales: El Programa de Extensión Comunitaria aconseja encarecidamente a cada participante que se someta a un examen completo por parte de un dentista que pueda emitir un diagnóstico profesional de sus necesidades de salud oral. El diagnóstico de la caries, enfermedades de los tejidos blandos, cáncer oral, la enfermedad de la articulación temporomandibular (ATM) y las maloclusiones dentofaciales solo puede realizarse por un dentista en el contexto de un examen dental completo. Los servicios preventivos existen para ayudar a respaldar y mejorar el cuidado dental actual del participante y para ofrecer asistencia a aquellos que carecen de dichos apoyos. Se fomenta la comunicación abierta con cualquier dentista existente; y para aquellos que no tienen dentista, el higienista dental puede remitirlos a nuestro programa existente.

Higienista dental: Marielys Acosta-Quintero

Firma: _____

Número de licencia: DH11140

Lugar de trabajo: Facultad de Odontología de la Universidad de Florida

Lugar en el que se realizará el registro dental: Programa de capacitación diurna para adultos u hogar/residencia comunitario con personal de apoyo/tutor presente.



Aviso sobre la política de responsabilidad de los participantes:

Special Day Foundation trabaja con la Universidad de Florida a través de su **UF Health Hialeah Dental Center** para mejorar el acceso a la financiación y los servicios dentales de las personas con discapacidades de desarrollo. La Clínica ofrece una multitud de servicios especializados a un número considerable de ciudadanos locales que necesitan desesperadamente esta atención. Special Day Foundation hace todo lo posible por recaudar fondos para pagar los cuidados que las personas con necesidades especiales no pueden pagar.

Para ofrecer este programa al mayor número posible de pacientes, es necesaria una enorme coordinación para asegurarse de que se cuenta con el personal y los equipos adecuados. Cuando un participante falta a una cita o la cancela con poco tiempo de antelación, impide que la Clínica Dental pueda atender a otra persona y, en la mayoría de los casos, supone un coste para la Clínica por el tiempo del personal profesional mientras no se brinda atención. **Es necesario que usted asista a cada cita una vez que ha sido programada.** La **POLÍTICA DE NO CANCELACIÓN** de este programa es necesaria para preservar los fondos y el acceso al Centro Dental. Esta política también incluye cualquier consulta dental programada fuera del sitio.

Ponga sus iniciales en las 4 declaraciones y firme a continuación.

____ Entiendo que Special Day Foundation respeta y apoya la política de citas canceladas/perdidas de la **UF Health Hialeah Dental Center**.

____ Entiendo que si falto a o cancelo una cita de sedación oral, sedación intravenosa, o una cita de quirófano, todos los servicios cesarán a partir de la fecha de la cita cancelada/perdida, a menos que una razón significativa haya sido revisada y aprobada por el Director de la Clínica Dental.

____ Entiendo que una vez que se hayan agotado todas las opciones de seguro, Special Day Foundation puede proporcionar fondos para el cuidado dental para ayudar con los gastos asociados con el cuidado dental. Los costos aprobados por Special Day Foundation para ayudar con el pago serán compartidos con usted antes del inicio de cualquier tratamiento. No hay garantía de que Special Day Foundation cubra todos los costos restantes.

____ Entiendo que Special Day Foundation no se comprometerá a financiar la atención dental que se preste durante las citas en el quirófano, a menos que la tarifa del quirófano sea cubierta por el seguro.

Nombre del/de la participante

Nombre del tutor

Firma del/de la participante/tutor

Fecha

Formulario complementario para el paciente

Nombre del paciente: _____

Padre/madre/tutor: _____

Discapacidad de desarrollo: _____

Describe el proceso de comunicación del paciente: _____

¿Tiene dificultades auditivas o visuales? Sí No

En caso afirmativo, explique _____

¿Hay algún problema físico o de comportamiento específico que debemos tener en cuenta? Sí No

En caso afirmativo, explique _____

¿Ha visitado antes al dentista? Sí No

En caso afirmativo, describa la tolerancia a la experiencia dental _____

¿Es capaz de cepillarse de forma independiente sin la ayuda de los padres/cuidadores? Sí No

¿Regurgita o se mete la comida entre las mejillas o los labios? Sí No

¿Tiene reflujo gastroesofágico o episodios de vómitos? Sí No

¿Padece sequedad bucal? Sí No

Contacto/Información de ubicación de visitas fuera del sitio

¿Vive en un hogar comunitario? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente: **Nombre del hogar comunitario** _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

A quién dirigirse para programar las consultas _____

Número de teléfono _____

¿Asiste a un programa de capacitación diurna para adultos? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente: **Nombre del programa** _____

Dirección _____

Número de teléfono _____ **Supervisor** _____

Días de la semana que asiste al programa _____

****Special Day Foundation publica un boletín bianual con información actualizada sobre el programa y los próximos eventos. En cada boletín se incluirán también temas e información educativa para padres y cuidadores. Indique su dirección de correo electrónico si desea recibir el boletín de Special Day Foundation.**

Correo electrónico _____ Correo electrónico del paciente _____

REGISTRO DE PACIENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE FLORIDA

Nombre completo del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección del domicilio: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre completo del padre/madre o tutor: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____

Si la dirección del padre/madre/tutor es diferente a la anterior, complete lo siguiente:

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información de la compañía de seguros principal:

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Número de seguro/grupo: _____

Núm. de Medicaid: _____ **Núm de Medicare:** _____

Si la póliza no es el paciente, entonces complete lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco del paciente con el asegurado: _____

La información demográfica y financiera opcional se pide para comprender mejor a las personas a las que atiende la Facultad de Odontología. Esta información se utiliza para solicitar fondos adicionales al gobierno y a otras fuentes para ayudar a mantener el coste de la atención dental asequible para nuestros pacientes.

Ingreso familiar bruto anual: _____ Número de miembros del hogar: _____

Origen étnico: _____

Autorizo a la Facultad de Odontología de la Universidad de Florida para facturar todos los seguros aplicables por el servicio preventivo prestado mediante la Odontología de Necesidades Especiales: Programa de alcance comunitario. Entiendo que si el tratamiento no está cubierto por el seguro, Special Day Foundation se encargará de la revisión dental, la capacitación en higiene oral y/o el tratamiento de desvanecimiento con barniz de flúor proporcionado en las instalaciones de la organización.

Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN para utilizar o divulgar información de salud protegida para actividades públicas

La Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) descrita a continuación puede utilizarse o divulgarse para: Marque todo lo que corresponda:

- ☒ Actividades de marketing ☒ Actividades de recaudación de fondos ☒ Actividades de relaciones públicas en la UF
☒ Fines educativos ☒ Publicación (artículo, revista, libro) ☐ Venta de la PHI
☒ Otra actividad pública (especifique): Boletín de noticias

Nombre del paciente		Verificación de la identidad (licencia de conducir, tarjeta de identificación, pasaporte, etc.)	
Dirección del paciente		Fecha de nacimiento	

Complete lo siguiente solo si la persona que autoriza el uso o la divulgación no es el paciente:

Nombre	Relación con el paciente	Verificación de la identidad	Verificación de la autoridad
Dirección del representante	Núm. de teléfono	Dirección de correo electrónico	

Consulte la política de la UF para obtener información sobre la verificación de la identidad y la autoridad y los representantes personales en las directrices operativas.

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente: La PHI acerca de mí / la patente, descrita a continuación y mantenida por la Universidad de Florida, puede utilizarse o divulgarse a partir de los registros sobre mi atención y tratamiento proporcionados por:

(universidad, departamento, clínica, médico u otra persona)

Especifique:

Mi / la PHI del paciente puede utilizarse y/o divulgarse a

- ☒ El público en general a través de la prensa, la radio, la televisión, Internet u otros métodos
☐ Solo una entidad o persona en concreto (especifique):

Dirección, si la conoce:	Contacto/persona responsable:	Teléfono/Correo electrónico/Otro contacto.
--------------------------	-------------------------------	--

La siguiente PHI relacionada con el paciente mencionado anteriormente puede utilizarse o divulgarse: Marque todo lo que corresponda:

- ☒ Nombre ☒ Dirección ☒ Fotografía(s)-Cara de diversión o imagen identificable ☒ fotografía(s)
☒ Diagnóstico ☒ Pronóstico ☒ Tratamiento ☒ Departamento/clínica tratante ☒ Testimonios
☒ Nombre del médico/cuidador y especialidad ☒ Otros. Fines educativos fuera de la UF

Además, autorizo la divulgación de la siguiente información acerca de mí que puede incluirse en la PHI mencionada anteriormente.

(Marque todos los que estén aprobados.) ☐ Salud mental ☐ Abuso de sustancias ☐ ETS/VIH/SIDA ☐ Datos genéticos

- Entiendo que, de conformidad con la ley federal, la UF no puede utilizar ni divulgar información de salud protegida (PHI) sin autorización, salvo lo dispuesto en el Aviso de prácticas de privacidad de la UF. Al firmar esta autorización, estoy dando permiso para el uso o la divulgación de la PHI descrita anteriormente para los fines descritos. Por la presente libero a la Universidad de Florida y a sus empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de la información que he indicado. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario y de la información de salud divulgada.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, si lo hago por escrito y lo dirijo a la persona o institución antes mencionada. La revocación no aplicará a ninguna información ya divulgada como resultado de esta autorización.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, y que las instituciones o personas nombradas anteriormente no pueden negar o negarse a proporcionar tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para los beneficios si me niego a firmar.
- Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad de la información de salud y podría volver a ser divulgada por la persona o agencia que la reciba.

Entiendo que la Universidad de Florida no	☐ recibirá	☒ remuneración por este uso o divulgación.
Esta autorización vence automáticamente:	☐ en 1 Año ☐ En 2 años,	☒ cuando lo revoque por escrito, después de lo cual no se podrán hacer más usos o divulgaciones de la PHI descrita anteriormente.
Firma del paciente o del representante legal:		Fecha:

Complete todas las partes del formulario, imprímalo, fírmelo y féchelo. El paciente o su representante deben conservar una copia. Entregue, envíe por fax, por correo electrónico o por correo el formulario original a la persona u organización que divulgue la información.

AVISO DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

En nombre de mí mismo, mi hijo y/o mi pupilo, reconozco por el presente medio que los empleados y/o agentes de la Universidad de Florida ("Universidad") proporcionan la atención médica, el tratamiento y los servicios ("atención médica") recibidos. Entre los empleados y/o agentes de la Universidad que proveen esta atención médica se incluyen, entre otros, dentistas, asistentes dentales, residentes, médicos especialistas supervisados, estudiantes, enfermeros y técnicos, que estarán, en todo momento, bajo la supervisión y el control exclusivos de la Universidad. La responsabilidad legal por actos negligentes y omisión de estos empleados y/o agentes de la Universidad se establece por ley a \$200,000, por reclamación o sentencia de cualquier persona, y a \$300,000 por todas las reclamaciones o sentencias que surjan del mismo incidente o suceso, de acuerdo con la Sección 768.28(5) de los estatutos de Florida.

Autorización de tratamiento

Por el presente medio, certifico que puedo leer, escribir y entender el idioma inglés y expreso mi consentimiento y autorizo a que el cuerpo docente, el personal o los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Florida (UFCD, por sus siglas en inglés) realicen las pruebas o tratamientos que, según su juicio, consideren necesarios y convenientes para la detección, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades bucales. Comprendo que las políticas de la UFCD sobre enfermedades infecciosas se encuentran disponibles a solicitud. Autorizo al dentista a administrar anestésicos locales y otros medicamentos o fármacos bajo indicación médica y a utilizar los materiales dentales que se consideren necesarios a fin de realizar las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos técnicos requeridos para el diagnóstico y/o el tratamiento recomendado.

Consentimiento para ser fotografiado con propósitos de diagnóstico y/o educativos

Expreso mi consentimiento para que el cuerpo docente, el personal o los estudiantes de la UFCD tomen fotografías y/o videos relacionados con mi tratamiento, y durante el transcurso de este, y para que utilicen las fotografías, los videos y mi información médica con propósitos de diagnóstico y/o educativos. Comprendo que, en cualquier caso, no se me identificará por mi nombre y que las fotografías o videos pueden modificarse o retocarse a discreción de mi dentista. Además, comprendo que se requiere una autorización por separado para imprimir cualquier foto (en cualquier formato) donde se me pueda reconocer o se utilice mi nombre.

Pagos de beneficios

Autorizo el pago de beneficios, según lo determine la compañía de seguros, de manera directa al cirujano o dentista.

 Si (Si elige la opción "no", los pagos se realizarán directamente al paciente.) Además, comprendo que puedo ser responsable por cualquier cantidad que no pague el seguro. **(En la clínica de estudiantes universitarios del Título de Grado en Odontología [DMD, por sus siglas en inglés], no se acepta el seguro.)**

Divulgación de información

Autorizo a la UFCD y a mis proveedores a divulgar mi información de salud, y cualquier otra información, con propósitos terapéuticos y/o a obtener pagos por costos ocasionados, por mí o en mi nombre, a las siguientes personas: mis proveedores o cualquier proveedor afiliado; mis proveedores tratantes o aquellos que realizan las remisiones; cualquier tercero involucrado en la recolección o difusión de mi información de medicamentos; la persona garante de mis cuentas; cualquier tercero que realice pagos (definidos, entre otros, como Medicare, Medicaid, Tri-care o programas gubernamentales,

seguro dental, de salud, contra accidentes, automotor u otro tipo de seguro; pagadores de compensación laboral, agentes o administradores; organizaciones para el mantenimiento de la salud [HMO], empleadores autónomos y cualquier patrocinador que pueda contribuir al pago de servicios dentales) o sus agentes; las redes de información de salud nacionales o regionales y otros proveedores de servicios y productos dentales relacionados o conectados con esta admisión o tratamiento.

Autorizo a la UFCD a divulgar mi información de paciente a los siguientes: asociados comerciales, agencias de salud pública y de supervisión, entidades regulatorias, otros proveedores u organizaciones de atención médica que me han brindado atención para facilitar operaciones de la atención médica de cualquiera de estas partes; residentes, médicos internos, estudiantes y otros en favor de propósitos educativos; agencias de ayuda en caso de desastres que brinden ayuda según sea necesario; fuerzas policiales para identificarme correctamente o para informar un crimen; fundaciones benéficas afiliadas relacionadas con programas de recaudación de fondos y UF Health para que me envíen materiales informativos o que fomentan la buena salud. Si mi admisión o tratamiento se debe a un accidente en un vehículo motorizado, autorizo a la UFCD o a mis proveedores a obtener una copia de mi "informe de accidente", según lo requieren los estatutos de Florida, a fin de facilitar el pago de terceros.

Comprendo que mi información de paciente está protegida por el derecho a la privacidad, garantizado según el Artículo 1, Sección 23 de la Constitución de Florida. No autorizo la divulgación de mi información de paciente, incluida la divulgación de información con mi nombre o mis datos personales censurados, si la solicitan otros pacientes o sus representantes.

Administración de riesgos y resolución de conflictos

Estoy de acuerdo con que mi información de paciente (incluidos, entre otros, mis expedientes clínicos, la información de facturación y la información que divulgue a un proveedor de atención médica en el transcurso de mi tratamiento) pueda utilizarse en cualquier momento y se divulgue a empleados, funcionarios, agentes y representantes legales de la Universidad con propósitos de administración de riesgos y procesos de resolución de conflictos, formales o informales (incluidos, entre otros, litigio y mediación), que involucren a una o ambas de estas entidades.

Acuerdo de mediación

Al aceptar recibir tratamiento en un centro de la Universidad, estoy de acuerdo con intentar resolver mi reclamación a través de mediación confidencial antes de presentar cualquier demanda, que surja debido al tratamiento que me proporcionaron los proveedores de atención de salud dental, contra la Universidad o cualquiera de sus centros, empleados o agentes y/o el Consejo Directivo de la Universidad de Florida. La mediación es un proceso a través del cual un tercero, que ha recibido la certificación para desempeñarse como mediador, trata de ayudar a resolver reclamaciones desde una posición neutral. La Universidad pagará el costo de contratar a un mediador. Además, estoy de acuerdo con que toda mediación deba llevarse a cabo en el Estado de Florida y en el condado donde se realizó mi tratamiento, a menos que todas las partes acuerden lo contrario. Este acuerdo es obligatorio para mí y para cualquier entidad o individuo que realice una reclamación en mi nombre. Este acuerdo no me quita el derecho de presentar una demanda si el proceso de mediación no puede resolver mi reclamación. Comprendo que las demandas deben presentarse en un plazo de tiempo determinado y que el tiempo para presentar una demanda no se extiende como resultado de mi participación en la mediación.

Acuerdo de garante

Acepto pagar todos los costos relacionados con este tratamiento. Comprendo que tener cobertura de seguro o patrocinio no me libera de la obligación de realizar pagos. Brindo mi consentimiento para que la Universidad o un tercero se comuniquen conmigo por teléfono, incluido mi teléfono celular, a fin de cobrar cualquier deuda que tenga.

Acuse de recibo de Prácticas sobre Privacidad

He recibido una copia del Aviso Conjunto de Prácticas sobre Privacidad de la Universidad de Florida. Comprendo que puedo hacer preguntas sobre este aviso en cualquier momento.

Reconocimiento de los Derechos y Obligaciones del Paciente

He recibido una copia de los Derechos y Obligaciones del Paciente de la Universidad de Florida. Comprendo que puedo hacer preguntas sobre este aviso en cualquier momento.

Programación de comunicaciones

Comprendo que la Facultad de Odontología (COD, por sus siglas en inglés) puede contactarme a través de correo electrónico, mensaje de texto y/o correo de voz para confirmarme o recordarme sobre próximas citas y mantendré mi información de contacto actualizada.

Además, comprendo que puedo darme de baja de los servicios de programación por correo electrónico o mensaje de texto en cualquier momento. Para darse de baja del servicio de mensajes de texto, responda "STOP" (Cancelar) en cualquier momento. Para darse de baja del servicio de correos electrónicos, haga clic en "Unsubscribe" (Cancelar suscripción) en cualquier mensaje.

Saldo acreedor

Los saldos acreedores de la cuenta inferiores a \$10.00 solo se reembolsarán a solicitud del paciente.

Patient Patient

Fecha

tutor legal:

explicación de su(s) motivo(s) para la modificación. La solicitud se debe enviar en el formulario adecuado al Departamento de Administración de Información de Salud o al gerente de la clínica donde recibió tratamiento.

- **Derecho a un informe de divulgaciones**
Usted tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Este informe de divulgaciones no incluye divulgaciones realizadas con respecto a su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tampoco incluye divulgaciones realizadas a usted o solicitadas por usted, o que usted autorizó. Debe enviar su solicitud para un informe por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud o al gerente de la clínica donde recibió atención. Su solicitud debe establecer el período de tiempo que se limita a los seis años anteriores a la fecha de la solicitud. La primera solicitud de un informe de divulgaciones se le proporcionará sin cargo. Podemos cobrarle por solicitudes de informes adicionales realizadas dentro de un período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones**
Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que usemos o divulguemos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos, a menos que la información que se necesite para proporcionar tratamiento de emergencia, sea requerida por ley o de otro modo se requiera para divulgación según se indique en este aviso.
Debe realizar su solicitud para restricciones por escrito a la Oficina de Privacidad de UF Health Shands o a la Oficina de Privacidad de UF. Su solicitud debe incluir qué información desea limitar y cómo desea que se apliquen los límites. Usted tiene derecho a restringir las divulgaciones de información de salud realizadas por un plan de salud cuando los cargos por servicios se hayan pagado en su totalidad antes de proporcionarse. Se aplican ciertas limitaciones.
- **Derecho a elegir cómo comunicarnos con usted**
Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar.

Por ejemplo: puede pedir que solo nos comuniquemos con usted al trabajo o por correo. Debe realizar su solicitud para comunicaciones alternativas por escrito al supervisor de Admisiones en UF Health Shands o a los supervisores o gerentes de clínica de UF. No le preguntaremos el motivo de su solicitud, y realizaremos las adaptaciones para las solicitudes razonables.

- **Derecho a una copia en papel de este aviso**
Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso de UF Health Shands o de cualquier clínica de UF. Puede obtener una copia electrónica de este aviso de nuestros sitios web en: <https://ufhealth.org/patient-care> o www.privacy.health.ufl.edu.
- **Derecho a un aviso de incumplimiento**
Usted tiene derecho y de hecho recibirá un aviso en el caso de una violación de su información de salud protegida no asegurada, a menos que esa notificación quede exenta por ley.

QUEJAS

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros. No será sancionado ni se le negarán servicios por presentar una queja. Para presentar una queja de privacidad ante UF Health Shands, comuníquese con la Oficina de Privacidad a, P.O. Box 103175, Gainesville, FL 32610-3175, o llame al 1-866-682-2372. Para presentar una queja de privacidad antes UFHSC o UF Clinics, comuníquese con la Oficina de Privacidad de UF a P.O. Box 113210, Gainesville, FL 32611 o llame al 1-866-876-4472. Todas las quejas se deben enviar por escrito en el formulario adecuado que está disponible en nuestro sitio web: www.privacy.health.ufl.edu. Para presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales, visite el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles en www.hhs.gov/ocr.

*Las clínicas y consultorios médicos de University of Florida, Florida Clinical Practice Association, University of Florida Jacksonville Physicians, Inc., University of Florida Jacksonville Healthcare, Inc., University of Florida Colleges of Medicine, Nursing, Health Professions, Dentistry and Pharmacy, University Proton Therapy Institute y otros proveedores de atención médica afiliados, incluidos todos los empleados, voluntarios, personal y otro personal de servicios de salud de University of Florida.



AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DEL ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de UF Health Shands o con la Oficina de Privacidad de University of Florida a la información de contacto que figura a continuación.

Oficina de Privacidad de UF Health Shands: 1-866-682-2372

Oficina de Privacidad de University of Florida: 1-866-876-4472

NUESTRO DEBER LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD

Entendemos que su información de salud es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de atención y servicios que usted recibe en UF Health Shands o en University of Florida Health Science Center (UFHSC) para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por UF Health Shands y/o UFHSC, ya sea que estén elaborados por el personal del hospital, el cuerpo docente de University of Florida, el personal, los estudiantes o su médico personal. Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud y proporciona ejemplos según sea necesario. Este Aviso también describe sus derechos con respecto a su información de salud.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud, proporcionar a las personas avisos de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud, y cumplir los términos del aviso actualmente en vigencia.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho a hacer vigente el aviso revisado para la información médica sobre usted que ya tengamos, así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en todos

nuestros establecimientos.

AVISO DEL ACUERDO DE ATENCIÓN DE SALUD ORGANIZADA

UF Health Shands, que para los fines de este aviso incluye Shands Teaching Hospital y Clinics, Inc., Shands Jacksonville Medical Center, Inc. y UFHSC, junto con las clínicas de UFHSC* y otros proveedores de atención médica afiliados, han acordado, según lo permite la ley, compartir su información de salud entre ellos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Este acuerdo nos posibilita ocuparnos mejor de sus necesidades de atención médica en el entorno integrado dentro de los proveedores de atención médica de University of Florida y UF Health Shands.

Las organizaciones participantes en el Aviso Conjunto participan solo para los fines de proporcionar este Aviso Conjunto y compartir información médica según lo permita la ley aplicable. De ningún modo estas organizaciones proporcionan servicios de atención médica mutuamente o en nombre de cada uno. UF Health Shands y University of Florida son proveedores de atención médica separados y cada uno es individualmente responsable de sus propias actividades, incluido el cumplimiento con las leyes de privacidad y todos los servicios de atención médica que provee.

DE ACUERDO CON LA LEY ESTATAL Y FEDERAL, PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU PERMISO POR ESCRITO EN LAS

(continuación)

SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

Podemos usar y divulgar su información de salud para **proporcionarle tratamiento médico a usted y coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados**. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar su atención médica con los demás. Por ejemplo: podemos usar y divulgar su información de salud cuando necesite análisis de laboratorio o una radiografía. También podemos usar y divulgar su información de salud al derivarlo a otro proveedor de atención médica o al recomendarle alternativas de tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información de salud para **facturar y recibir pagos por los servicios proporcionados**. Por ejemplo: se le puede enviar una factura a usted o a su compañía de seguros. Los cargos que figuran en su factura o que la acompañan pueden incluir información que lo identifique además de su diagnóstico, procedimientos y suministros usados para que su plan de salud pague la factura médica. También podemos informar a su plan de salud sobre el tratamiento que usted espera recibir para obtener la aprobación previa o determinar si su plan de salud pagará ese tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información de salud para **operaciones de atención médica**. Usaremos su información de salud para operaciones regulares del hospital y las clínicas a fin de proporcionar atención de calidad a los pacientes. Por ejemplo: Los integrantes del personal médico, el equipo de gestión de riesgos o el equipo de mejora de calidad, incluidas las Organizaciones para la Seguridad de los Pacientes (Patient Safety Organizations, PSO) pueden usar información de su registro de salud para evaluar la atención que recibe y los resultados de su tratamiento. También podemos divulgar información a los médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de UFHSC para fines de revisión y enseñanza.

También podemos usar y divulgar su información de salud:

- Cuando sea necesario a fin de **evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y la seguridad** del público u otra persona.
- A **organizaciones que facilitan la donación y trasplante** de tejidos y/u órganos.
- A **funcionarios autorizados cuando la ley federal, estatal o local así lo requiera**.

- En respuesta a una **citación judicial, orden del tribunal u otra orden administrativa**.
- Según lo requiera la ley para **actividades de salud pública**. Por ejemplo: evitar o controlar enfermedades, informar nacimientos o muertes, e informar sobre abuso y negligencia.
- Para **actividades** autorizadas de **compensación de los trabajadores**.
- A **agencias de supervisión de salud**. Por ejemplo: agencias para el cumplimiento con requisitos de licencia o de acreditación.
- A **forenses, examinadores médicos o directores de funerarias** para que lleven a cabo sus tareas.
- Según lo exijan **autoridades de comando militar**, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- A nuestros **asociados de negocios** para que lleven a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica en nuestro nombre. Por ejemplo: podemos divulgar información de salud sobre usted a una compañía que factura a compañías de seguros por nuestros servicios.
- Para **investigación o para recopilar información en bases de datos** para usar más adelante en investigación. Todos los proyectos de investigación son revisados y aprobados por un comité de revisión independiente para proteger la privacidad de su información de salud.
- A una **institución correccional que tiene su custodia legal** según sea necesario para su salud y la seguridad de los demás.

También podemos usar y divulgar su información para actividades de recaudación de fondos a fin de recaudar dinero para UF Health Shands o UFHSC y sus operaciones. Si no desea que se comuniquen con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificar a la Oficina de Privacidad de UF Health Shands o a la Oficina de Privacidad de University of Florida.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

La información referente a **alcohol, abuso de drogas, notas de psicoterapia e información de tratamiento psiquiátrico** puede tener protecciones de privacidad especiales. No divulgaremos ninguna información de salud que identifique a una persona como paciente ni proporcionaremos información relacionada con el abuso de sustancias o tratamiento psiquiátrico de un paciente a menos que:

1. Usted o su representante personal de su

- consentimiento por escrito.
2. Una orden del tribunal exija la divulgación.
3. Personal médico necesite información para tratarlo en una emergencia médica.
4. Personal calificado use la información para actividades de operaciones o investigación.
5. Sea necesario informar un delito o una amenaza respecto de cometer un delito.
6. Haya que informar sobre abuso o negligencia según lo exige la ley.

USTED PUEDE NEGARSE A PERMITIR CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información de salud en las siguientes circunstancias:

- **Directorios de hospital**. Podemos compartir su nombre número de habitación y afección en nuestras listas de pacientes con miembros del clero o personas que pregunten de usted por su nombre. También podemos compartir su afiliación religiosa con miembros del clero.
- **Las personas que intervienen en su atención o en el pago de su atención**. Podemos usar o divulgar información a un familiar, un representante legal u otras personas que intervienen o son responsables de su atención o del pago de su atención.
- **Circunstancias de emergencia o alivio de desastre**. Podemos divulgar información sobre usted a una agencia que ayuda en un esfuerzo de alivio de desastre para notificar a su familia de su ubicación y condición general. Aunque se oponga, aún podemos compartir la información de salud sobre usted, si fuera necesario en circunstancias de emergencia.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD QUE REQUIEREN SU PERMISO POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de la información de salud no cubiertos por este aviso o la ley aplicable se llevarán a cabo únicamente con su permiso por escrito. Si da su permiso para usar y divulgar información de salud, puede revocar ese permiso en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información de salud sobre usted por los motivos cubiertos por su revocación. No podemos retirar ninguna divulgación ya realizada con su permiso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud sobre usted que conservamos:

- **Derecho a ver y obtener copias de su información de salud**
Usted tiene derecho a ver y obtener copias de su información de salud usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, se incluyen registros médicos y de facturación, y se excluyen las notas de psicoterapia.

Para ver y copiar su información de salud, debe enviar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Departamento de Administración de Información de Salud o al gerente de la clínica. Podemos aplicar un cargo por los costos de copiado, envío u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de ver y obtener copias de su información de salud en determinadas y muy limitadas circunstancias. Usted tiene derecho a apelar la denegación.

- **Derecho a modificación**
Si considera que su información de salud y facturación es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Podemos denegar su solicitud si:
 - 1) La información no fue generada por nosotros.
 - 2) La información no es parte de los registros usados para tomar decisiones sobre su atención.
 - 3) Consideramos que la información es correcta y está completa.
 - 4) Usted no tiene derecho a revisar partes de la historia clínica bajo ciertas circunstancias.

Le informaremos por escrito los motivos de la denegación y describiremos sus derechos para entregarnos una declaración por escrito en la que exprese su desacuerdo con la denegación.

Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a los demás sobre la modificación, según sea necesario, incluidas las personas que usted nombre que hayan recibido información sobre usted y que necesiten la modificación. Su solicitud debe ser por escrito e incluir una

(continuación)