





# CENTRAL FLORIDA

## TOTAL HEALTH CARE

### **POLÍTICA DE PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS**

- **Si tiene seguro de salud:** Por favor inicial la línea siguiente su seguro en sección 1, 2 O 3.
- **Si no tiene seguro de salud:** Por favor leer sección 4.
- **Todo el mundo:** Por favor firmar al final del formulario y dar su tarjeta (si es aplicable) a la recepcionista por lo que podemos realizar una copia para su archivo.

**1. Si usted tiene seguro con ONE de la siguiente seguro empresas , por favor, inicial de la línea apropiada. Nos será bill directamente a estas empresas y dará seguimiento sobre los saldos pendientes. Usted será responsable del pago de su copago designado en cada visita a la Oficina antes de que usted consulte al médico. Usted es responsable a presente las autorizaciones de remisión actualizado de su proveedor de seguro cuando sea necesario.**

<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Fidelis	<input type="checkbox"/> PHCS	<input type="checkbox"/> CIGNA
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Multiplan	<input type="checkbox"/> USA Genesis	<input type="checkbox"/> United Healthcare
<input type="checkbox"/> AETNA	<input type="checkbox"/> PPC	<input type="checkbox"/> Humana	<input type="checkbox"/> First Health
<input type="checkbox"/> BCBS of NC	<input type="checkbox"/> Premier Health System	<input type="checkbox"/> USA HW	<input type="checkbox"/> GW
<input type="checkbox"/> Total Health PPO	<input type="checkbox"/> Well Path	<input type="checkbox"/> Provider Select	<input type="checkbox"/> Comp Care

**2. Si usted han sido herido en su trabajo y su empleador ha trabajadores cobertura de compensación , debemos tener la aprobación de la reclamación de su empleador y una dirección de facturación precisa para enviar la reclamación a para el procesamiento de información. Sin esto, tendremos en cuenta pago para esta visita sea su responsabilidad.**

Nombre de seguro médico: \_\_\_\_\_ Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**3. Si usted tiene cobertura con la compañía de seguro, no previstos anteriormente. Si nos proporciona una copia de su tarjeta, vamos a presentar una reclamación directamente a su compañía de seguro para el reembolso como una cortesía. Por favor, revise el siguiente procedimiento y signo.**

**"Entiendo que mis servicios están cobrando directamente a mi compañía de seguro para mí. La compañía de seguros debe enviar pago directamente a mí (el paciente). Si el pago es recibido en nuestras oficinas que el pago será reenviado a la paciente. Entiendo que es mi responsabilidad para el seguimiento con mi compañía de seguros. Entiendo que este equilibrio todo es en todo momento mi responsabilidad".**

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**4. Si no tiene seguro de salud, usted es responsable por el pago de tu factura en el momento de su visita. Aceptamos cheques personales, tarjetas de crédito y dinero en efectivo. El saldo será debido cuando su visita es completa. Si su factura excede \$ 200.00, puede elaborar un plan de pago en el momento de la visita. Por favor pida nuestro formulario de acuerdo de pago.**

**"Entiende y acepta independientemente de la cobertura de seguro de mi, yo soy responsable del saldo de esta cuenta para cualquier servicios profesionales prestados. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Se notificará a la Oficina de cualquier cambio en el estado de mi seguro. También estoy de acuerdo en que si soy incapaz de pagar mi factura con prontitud, llamará al departamento de facturación para hacer arreglos de pago oportuno. Entiendo que si mi cuenta se convierte en delincente y Central Florida Total Health Care incurre en cualquier cargo de colección, van a ser mi responsabilidad".**

**Si el paciente es un menor de edad :**"Por dar su consentimiento a la atención médica en Central Florida Total Health Care, estoy de acuerdo que será responsabilizarse por el pago de las facturas médicas. Proporcionará toda la información necesaria a la Oficina y se comunicará con la Oficina con respecto a cualquier cambio en responsabilidad.

Paciente o Guardian Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# CENTRAL FLORIDA

TOTAL HEALTH CARE

## Forma de Autorización para Obtener Historial de Medicamentos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Su firma en este document indica; Por la presente autorizo a Central Florida Total Health Care a obtener mi información médica relacionada a el paciente antes mencionado atraves de las farmaceuticas y o Proveedores con el propósito de cuntinuidad de tratamientos.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Mencione todos los medicamentos prescritos, vitaminas y suplementos.

Porfavor incluya los medicamentos que consume ocasionalmente.

Medicamento	Dosi	Frecuencia

**Allergias:** Porfavor incluya todas las alergias como; medicamentos, alimentos u otros.

Nombre de Medicamento / Otros	Reacción

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Cirugías Pasadas:**

Tipo de cirugía y motivo:

Año:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial Pasado: (activo o inactivo) Marque todas los que apliquen**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATAQUE CEREBRAL                        | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS              |
| <input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO                        | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES              |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL                       | <input type="checkbox"/> PARKINSON'S               |
| <input type="checkbox"/> CALCULOS RENALES                       | <input type="checkbox"/> ALZHEMER'S                |
| <input type="checkbox"/> PERDIDA DE LA MEMORIA                  | <input type="checkbox"/> DESORDEN DE SANGRADO      |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑA                | <input type="checkbox"/> CANCER (TIPO): _____      |
| <input type="checkbox"/> FALLO CARDIACO CONGESTIVO              | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LAS VALVULAS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                  |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO (ANGINA)                | <input type="checkbox"/> DIABETES                  |
| <input type="checkbox"/> RITMO ANORMAL DEL CORAZON              | <input type="checkbox"/> OBESIDAD                  |
| <input type="checkbox"/> PRESIÓN ELEVADA                        | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS              |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL ELEVADA                     | <input type="checkbox"/> OSTEoarTRITIS             |
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA                               | <input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATODEA       |
| <input type="checkbox"/> FIBROMIALGIA                           | <input type="checkbox"/> TRANSTORNOS SIQUIATRICOS  |
| <input type="checkbox"/> CATARATAS                              | <input type="checkbox"/> LUPUS                     |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA ARTERIAS CORONARIAS   | <input type="checkbox"/> ANCIEDAD                  |
| <input type="checkbox"/> GOTA                                   | <input type="checkbox"/> DEPRESION                 |
| <input type="checkbox"/> ULCERAS ESTOMACALES                    | <input type="checkbox"/> DESORDEN BIPOLAR          |
| <input type="checkbox"/> SINDROME DE COLON IRRITADO             | <input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO               |
| <input type="checkbox"/> REFLUJO/GERD                           | <input type="checkbox"/> ABUSO DE SUSTANCIAS       |
| <input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS                         | <input type="checkbox"/> PERIODOS IRREGULARES      |
| <input type="checkbox"/> CALCULOS BILIARES                      | <input type="checkbox"/> MENOPAUSEA: EDAD _____    |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL HIGADO/HEPATITIS      | <input type="checkbox"/> ENFISEMA/COPD             |
| <input type="checkbox"/> PANCREATITIS                           | COMENTARIOS/ OTROS: _____                          |
| <input type="checkbox"/> POLIPOS EN EL COLON                    | _____  |
| <input type="checkbox"/> ASMA/BRONQUITIS                        | _____  |

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Social:**

¿Hace usted ejercicios? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuán seguido hace ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Ingiere usted alcohol? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuántas veces por semana ingiere alcohol? \_\_\_\_\_

¿Usa usted tabacco? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuántos cigarillos/cajas por día? \_\_\_\_\_

¿Ha alguna vez fumado? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Usa o toma drogas ilegales? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**Historal Familiar:**

Padre: \_\_\_ vive \_\_\_ fallecido Edad \_\_\_ Problema Médico \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_ vive \_\_\_ fallecido Edad \_\_\_ Problema Médico \_\_\_\_\_

Hermano # \_\_\_\_\_ Edad(es) \_\_\_\_\_ Problema Médico \_\_\_\_\_

Hermana # \_\_\_\_\_ Edad(es) \_\_\_\_\_ Problema Médico \_\_\_\_\_

**Historial de inmunizaciones( Vacunas) y Estudios preventivos:**

	<b>Fecha:</b>		
Tetano	_____	Examen de la Vista	_____
Neumonía	_____	Mammografía	_____
Varicelas	_____	Estudio de los Huesos	_____
Influenza	_____	Papanicolao	_____
Colonoscopia	_____	Examen de la Próstata	_____
Examen Dental	_____	Otros	_____

**Otros Profesionales de Salud**

**Especialista**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**CENTRAL FLORIDA**  
TOTAL HEALTH CARE

Dr. Jose A. Lopez  
Pone: 407-392-1919 Fax: 407-392-1917

**Autorización para Revelar Expedientes Médicos**

Para poder proteger la confidencialidad del paciente, Central Florida Total Health Care le pide que revise la siguiente información antes de firmar.

**Información del Paciente**

Yo, (nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
autorizo al personal de Central Florida Total Health Care a pedir mis archivos médico, por mí a las siguientes  
entidades /doctor (es):

Nombre Del Doctor: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Por favor entregar una copia completa de mi expediente médico a Central Florida Total Health Care.
- \_\_\_\_\_ Por favor entregar solo información específica a Central Florida Total Health Care.
- \_\_\_\_\_ Por favor entregar solo la siguiente información a Central Florida Total Health Care.

Yo entiendo que al firmar este documento doy autorización de que mi expediente médico sean enviados de una oficina a otra y que existe la posibilidad que accidentalmente se han entregados a alguien aparte de las entidades escritas arriba. Yo entiendo que Central Florida Total Health Care puede pedir que mis expedientes médicos e información sean enviados vía fax o correo. Yo entiendo que esta autorización es válida por un año o hasta que sea revocado.

(Por favor escoja)

- \_\_\_\_\_ Esta autorización es válida solo una vez.
- \_\_\_\_\_ Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(No más de un año desde la fecha que ha sido firmado)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de Molde Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente o Representante

Fecha \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar este folmulario, por favor documentar la razón arriba y un empleado de CFTHC debe firmar

Su firma en éste folmulario muestra que usted lo ha leído y entendido. Este formulario es válido por un año o hasta que sea revocado. Este formulario puede ser revocado en cualquier momento con su petición o si cambia las póliza de CFTH. Yo entiendo que la revelación de cualquier información, a alguien aparte de mi persona, puede resultar en la revelación accidental de información a personas aparte de mí. Yo entiendo que al estar de acuerdo en reveler información usando el teléfono o fax, existe la posibilidad de que esta información pueda ser revelada a otras personas además de mí. Es su responsabilidad preguntar al doctor cualquier duda.



**CENTRAL FLORIDA**  
TOTAL HEALTH CARE

**Poliza De Cancelación De Citas**

Estimado Paciente:

Nuestra póliza de cancelación de citas o ausencias es necesaria para mantener los altos estándares profesionales de nuestra práctica. Citas pérdida o canceladas provistas interrumpen nuestra eficiencia y disponibilidad para otros pacientes que así necesiten una cita inmediata. Nuestra póliza es lo siguiente:

Si cancela su cita con por lo menos 24 horas de anticipación..... No cargo

No presentarse y/o cancelar el mismo día de su cita ..... \$ 25 cobrado a su cuenta

Usted será personalmente responsable de este cargo debido a que no se puede cobrar a su aseguranza. Citas futuras no se harán hasta que el pago de cancelación y/o ausencia se haya completado. Si un paciente acumula un total de 3 citas falladas no se le permitirá hacer más citas.

Circunstancias inevitables pueden ser justificadas como una consideración especial, pero tome en cuenta que los cargos mencionados anteriormente serán aplicados a la mayoría de las cancelaciones. Usted recibirá una llamada de cortesía 24-48 horas antes de su cita, pero es su responsabilidad saber cuando hizo su cita. Si tenemos menos de 24 hrs no hay suficiente tiempo para ofrecer es cita a otro pacientes.

Para cancelar o cambiar su cita por favor llamar al 407-392-1919. Mensajes dejados en el correo de voz serán registrados a la hora en que fue dejado por usted.

Hacemos todo lo posible para ejecutar según el tiempo de su cita y asegurar que se hará esperar el tiempo mínimo antes de ver al doctor. Por lo tanto si llega más de 15 minutos tarde a su cita, esta podría ser atrasada o hasta cancelada.

Estas pólizas han sido aprobadas para mejorar su experiencia en nuestra oficina. Por favor háganos saber si tiene alguna pregunta sobre nuestra póliza de cancelación, nuestro personal le podrá aclarar sus dudas. Gracias por confiar en nosotros para el cuidado de su salud.

La siguiente firma indica que he entiendo la información anotada en la póliza de cancelación de citas, establecidas por CFTH. También entiendo que estos términos pueden ser modificados por nuestra oficina.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante

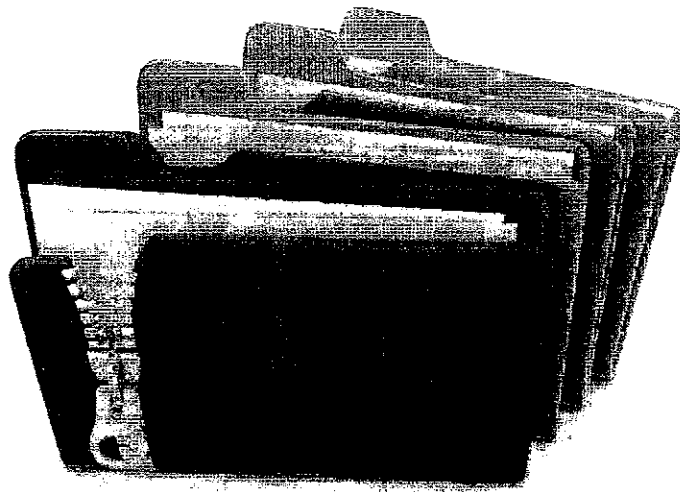
\_\_\_\_\_  
Fecha



**Instruction A: Insert the  
covered entity's name**

Notificación de  
Prácticas de Privacidad

---



**Su información.  
Sus derechos.  
Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse  
y divulgarse su información médica, y cómo  
puede acceder usted a esta información.

**Revísela con cuidado.**

---

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

---

### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

---

### **Solicitar que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

---

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

---

### **Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

---

**Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

---

**Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

---

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

---

**Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Cíviles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.</li></ul>	<i>Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<i>Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.</li></ul>	<i>Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.</i>

continúa en la próxima página

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

### **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

---

### **Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

---

### **Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

---

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

---

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

---

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

---

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

*Instruction B: Insert any special notes that apply to your entity's practices such as "we do not create or manage a hospital directory" or "we do not create or maintain psychotherapy notes at this practice."*

*Instruction C: The Privacy Rule requires you to describe any state or other laws that require greater limits on disclosures. For example, "We will never share any substance abuse treatment records without your written permission." Insert this type of information here. If no laws with greater limits apply to your entity, no information needs to be added.*

*Instruction D: If your entity provides patients with access to their health information via the Blue Button protocol, you may want to insert a reference to it here.*

*To leave this section blank, add a word space to delete the instructions.*

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

### **Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

*Instruction E: If your entity is part of an OHCA (organized health care arrangement) that has agreed to a joint notice, use this space to inform your patients of how you share information within the OHCA (such as for treatment, payment, and operations related to the OHCA). Also, describe the other entities covered by this notice and their service locations. For example, "This notice applies to Grace Community Hospitals and Emergency Services Incorporated which operate the emergency services within all Grace hospitals in the greater Dayton area."*

*Instruction F: Insert the covered entity's name, address, web site and privacy official's (or other privacy contact) email address and phone number.*

---

*Instruction G: Insert Effective Date of Notice here.*



Formulario de Reconocimiento De Recibo

Yo reconozco que recibí una copia de cada uno de los siguientes documentos de parte de Central Florida Total Health Care:

- Aviso de las Prácticas de Privacidad
- Responsabilidades y Derechos de Paciente

Yo entiendo que al firmar este documento, muestro que he leído y entendido los formularios ya mencionados. Yo también entiendo que es mi responsabilidad contactar a Central Florida Total Health Care si tengo preguntas sobre los formularios. También entiendo que Central Florida Total Health Care estará legalmente obligado a revelar parte o toda de mi información médica de ser necesario.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de Molde

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar este folmlulario, por favor documentar la razón arriba y un empleado de CFTHC debe firmar

Su firma en éste folmlulario muestra que usted lo ha leído y entendido. Este formulario es válido por un año o hasta que sea revocado. Este formulario puede ser revocado en cualquier momento con su petición o si cambia las póliza de CFTH. Yo entiendo que la revelación de cualquier información, a alguien aparte de mi persona, puede resultar en la revelación accidental de información a personas aparte de mí. Yo entiendo que al estar de acuerdo en reveler información usando el teléfono o fax, existe la posibilidad de que esta información pueda ser revelada a otras personas además de mí. Es su responsabilidad preguntar al doctor cualquier duda.