DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE OKALOOSA **HISTORIA MÉDICA**

Nombre del paciente:			F	echa	de nacimiento:	F	echa de creación:	
Aunque el personal dental principalmente trata el área alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tornando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.								
tomando, podnam tener dna mi	portante relació	in con la odoniologia que usie	eu recibiră. C	Jiacias	s por contestar las siguientes preg	unias.		
¿Está usted bajo el cuidado de	un médico aho	ora?	□Sí □No	En	caso afirmativo, explíquelo por favo	or:		
¿Alguna vez ha sido hospitaliza	ado o tenido un	a operación mayor?	□Sí □No	En	caso afirmativo, explíquelo por favo	or:		
¿Ha tenido alguna vez una lesi	ón grave en la	cabeza o en el cuello?	□Sí □No	En	caso afirmativo, explíquelo por favo	or:		
¿Está usted tomando algún me	edicamento, pas	stillas, o drogas?	□Sí □No	Por	favor enumera los medicamentos:			
¿Actualmente tiene algún dolor	o problema de	ental?	□Sí □No	Si e	es así, por favor explique:			
Comentarios:								
¿Eres alérgico a cualquiera de	los siguientes?							
□Aspirina	Penicilina	□Codeína		□Ad	crílico			
□Metálico	Látex	□Sulfamida		□Aı	nastáticos locales			
¿Otras alergias?	□Sí □No E	En caso afirmativo, explíquelo	por favor: _					
¿Está usted embarazada?	□Sí □No S	Si es así, ¿cuándo vas a dar a	a luz?					
¿Tiene, o ha tenido, cualquiera	_	·						
SIDA / VIH positivo	□Sí □No	Medicina de la cortisona	□Sí□		Hemofilia	□Sí □No	Tratamientos de radiación	□Sí□No
Enfermedad de Alzheimer	□Sí □No	Diabetes	□Sí∶		Hepatitis A	□Sí □No	Reciente pérdida de peso	□Sí □No
Anafilaxia	□Sí □No	Adicción a las drogas	□Sí∶		Hepatitis B o C	□Sí □No	Diálisis renal	□Sí □No
Anemia	□Sí □No	Falto de aliento fácilmente	□Sí∣		Herpes	□Sí □No	Fiebre reumática	
Angina	□Sí □No	Enfisema	□Sí∣		Presión arterial alta	□Sí □No	Reumatismo	
Artritis / gota	□Sí □No	Epilepsia o convulsiones	□Sí∣		Alto colesterol	□Sí □No	Escarlatina	
Válvula de corazón artificial	□Sí □No	Sangrado excesivo	□Sí∣		Colmena o sarpullido	□Sí □No	Herpes zoster	
Articulación artificial	□Sí□No	Sed excesiva	□Sí∣		Hipoglucemia	□Sí □No	Enfermedad de célula falciforme	□Sí □No
Asma Enfermedad de la sangre	□Sí □No □Sí □No	Desmayos / mareos Tos frecuente	□Sí ⊦ □Sí ⊦		Latido del corazón irregular Problemas de riñón	□Sí □No □Sí □No	Sinusitis Espina bífida	□Sí □No
· ·		Diarrea frecuente	□Sí∶		Leucemia		Enfermedad estomacal / intestinal	
Transfusión de sangre Problemas respiratorios	□Sí □No □Sí □No	Dolores de cabeza frecuent			Enfermedad hepática	□Sí □No □Sí □No	Accidente cerebrovascular	
Hematoma fácilmente	□Sí □No	Herpes genital	.es ⊟Sí⊹		Presión arterial baja	□Sí □No	Hinchazón de extremidades	
Cáncer	□Sí □No	Glaucoma	□Sí∶		Enfermedad pulmonar	□Sí □No	Enfermedad de tiroides	
Quimioterapia	□Sí □No	Fiebre de heno	□Sí∶		Prolapso de la válvula mitral	□Sí □No	Amigdalitis	□Sí □No
Dolores en el pecho	□Sí □No	Ataque de corazón / falla	□Sí∶		Tuberculosis	□Sí □No	Herpes labial / ampollas de fiebre	
Soplo cardíaco	□Sí □No	Dolor en las articulaciones	□Sí∶		Tumores o crecimientos	□Sí □No	Trastorno cardíaco congénito	□Sí □No
Marcapasos del corazón	□Sí □No	mandibulares	_01	_110	Úlceras	□Sí □No	Convulsiones	□Sí □No
Problema cardíaco / enfermeda		Enfermedad paratiroidea	□Sí∃	□No	Enfermedad venérea	□Sí □No	Ictericia	□Sí □No
TDA / TDAH	□Sí □No	Cuidado psiquiátrico	□Sí			.		zw
		ı			ı		ı	
¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? □Sí □No								
En caso afirmativo, explíquelo por favor:								
Certifico que he leído y compre	endido las predi	untas anteriores y que he rest	oondido las r	oreaun	tas a mi leal saher v entender. He	pedido una 4	explicación de los términos (palabras	s) gue no
			/// . N	Jyuii	and the section of the state of	- Jaiao ana (., 445 110

conozco (si corresponde), y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario. También entiendo que antes de que se proporcione el tratamiento, tengo el derecho de tener los beneficios, las alternativas y los riesgos significativos asociados con este tratamiento explicados a mi satisfacción.

Firma del paciente, padre o guardián: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Apellido:	Sección I: Información del cliente				
Baza:	Apellido:	Nombre:		Inicial del	segundo nombre:
Etnicidad: Hispano No Hispano (circule) Preferencia de comunicación (circule): Correo Celular Tel. del hogar Tel. del trabajo Otro teléfono Correo electrónico	Fecha de nacimiento:	Género: M	F (circule) Núr	mero de seguridad	social:
Preferencia de comunicación (circule): Correo Celular Tel. del hogar Tel. del trabajo Otro teléfono Correo electrónico	ldioma:	Raza:			
Correo electrónico	Etnicidad: Hispano No Hispano (circu	ıle)			
Teléfono del hogar:	Preferencia de comunicación (circule): Co	orreo Celular	Tel. del hogar	Tel. del trabajo	Otro teléfono
¿Te gustaría recibir recordatorios de citas como mensajes de texto? Si No (circule) Dirección:	Correo electrónico			Texto	Sin preferencia
Dirección:	Teléfono del hogar:		Celular:		
País de nacimiento:	¿Te gustaría recibir recordatorios de citas	s como mensajes	de texto? Si N	No (circule)	
¿Has vivido fuera de EE. UU. durante más de 2 meses? Si No (circule) En caso afirmativo, ¿qué país? ¿Eres un trabajador migrante? Si No (circule) ¿Es usted un trabajador agrícola estacional? Si No (circule) Estatus de inmigración:	Dirección:	Ciudad /	Estado:	(Código postal:
¿Eres un trabajador migrante? Si No (circule) ¿Es usted un trabajador agrícola estacional? Si No (circule) Estatus de inmigración:	País de nacimiento:		Fecha de lleg	ada a EE. UU .:	
Estatus de inmigración:	¿Has vivido fuera de EE. UU. durante má	s de 2 meses?	Si No (circule)	En caso afirmativo	o, ¿qué país?
País de nacimiento de la madre:	¿Eres un trabajador migrante? Si No	(circule) ¿Es ust	ed un trabajador	agrícola estacional	? Si No (circule)
Nivel más alto de educación (último grado completado):	Estatus de inmigración:		Número de regis	stro de extranjeros:	
Tienes: ¿Medicaid? Si No ¿Seguro médico privado? Si No ¿Seguro dental privado? Si No (circule) Sección II: Información de padres / guardianes (si el cliente tiene más de 18 años, continúe a la sección III) Nombres de los padres / guardianes: Ciudad: Estado: Teléfono del hogar de los padres / guardianes: Teléfono celular de los padres / guardianes: Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	País de nacimiento de la madre:		_ País de nacimi	ento del padre:	
Sección II: Información de padres / guardianes (si el cliente tiene más de 18 años, continúe a la sección III) Nombres de los padres / guardianes: Dirección de los padres / guardianes: Teléfono del hogar de los padres / guardianes: Teléfono celular de los padres / guardianes: Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	Nivel más alto de educación (último grado	o completado):	نن	Eres un veterano n	nilitar? Si No (circule)
Nombres de los padres / guardianes: Ciudad: Estado: Teléfono del hogar de los padres / guardianes: Teléfono celular de los padres / guardianes: Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	Tienes: ¿Medicaid? Si No ¿Seguro	médico privado?	Si No ¿Seg	uro dental privado?	Si No (circule)
Nombres de los padres / guardianes: Ciudad: Estado: Teléfono del hogar de los padres / guardianes: Teléfono celular de los padres / guardianes: Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:					
Dirección de los padres / guardianes: Ciudad: Estado: Teléfono del hogar de los padres / guardianes: Teléfono celular de los padres / guardianes: Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	Sección II: Información de padres / gua	<mark>ardianes</mark> (si el clie	ente tiene más de	e 18 años, continúe	a la sección III)
Teléfono del hogar de los padres / guardianes: Teléfono celular de los padres / guardianes: Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	Nombres de los padres / guardianes:				
Sección III: Contacto de emergencia Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	Dirección de los padres / guardianes:		Ciuda	d:	Estado:
Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:	Teléfono del hogar de los padres / guardi	anes:	_ Teléfono celula	r de los padres / gu	ardianes:
Nombre del contacto de emergencia: Dirección del contacto de emergencia:					
Dirección del contacto de emergencia:	Sección III: Contacto de emergencia				
-	Nombre del contacto de emergencia:				
Teléfono del contacto de emergencia:	Dirección del contacto de emergencia:				
	Teléfono del contacto de emergencia:				
Firma: Imprime tu nombre:	Firma:	Impri	me tu nombre: _		
Relación con el cliente: Yo mismo Padre Guardián (circule) Fecha:	Relación con el cliente: Yo mismo Pa	dre Guardián ((circule)	Fecha:	

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud de la Florida en el Condado de Okaloosa se comunique con la(s) persona(s) que figura(n) como contacto de emergencia en este formulario.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL

El dentista ha explicado, y he entendido lo la condición de los dientes de mi hi el tratamiento preferido, los riesgos del tratamiento, incluido los resultados esperados del tratam los resultados probables del tratam otras opciones de tratamiento y sus los riesgos de no tener ningún trata	ijo, os los específicos para mi hijo niento, niento, s riesgos, y	',
 La odontología no es una ciencia e El dentista no puede prometer resu Es posible que se encuentren otras dientes de mi niño. El dentista pued tratamiento o agregar un procedim Algunas condiciones requieren otro El más común es la necesidad de rutinario. Esos tratamientos deben nuevo consentimiento. 	ultados. s condiciones mientras el den de necesitar o encontrar que iento. o tratamiento inesperado. Esto un tratamiento de conducto de	lo mejor es cambiar el o se determinará caso por caso. urante o después de un llenado
Tuve la oportunidad de hablar con el denti informado sobre el tratamiento necesario,		
Doy permiso al dentista para hacer cambio necesario o preferido para satisfacer las n		
Doy mi consentimiento para el tratamiento se propone.	dental que figura en el plan d	de tratamiento adjunto, tal como
Firma del padre o guardián del cliente	Relación con el cliente	Fecha

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____



AUTORIZACIÓN PARA QUE EL GUARDIÁN O LAS PERSONAS QUE NO SON LOS PADRES DEL PACIENTE CONSIENTA A UN EXAMEN Y/O TRATAMIENTO DENTAL

Como padre o guardián legal de Nombre del niño/a Doy permiso para que lo(s) siguiente(s) lleve a mi hijo/a a la clínica. Las personas enumeradas a continuación pueden tomar decisiones y autorizar el tratamiento de mi hijo/a. Esto incluye, entre otros, exámenes, radiografías, limpieza, selladores, empastes, "conductos radiculares", extracción de un diente, y tratamiento de emergencia. Entiendo que algunos tratamientos pueden requerir anestesia local. Por favor escribe sus iniciales en todos los que apliquen. ☐ **Nadie** más puede traer a mi hijo/a a la clínica ☐ Okaloosa County Head Start Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a Padre/Guardián: (Circule cual) Dirección: Estado: _____ Ciudad: Celular: ____ Teléfono de casa: Firma del padre/guardián Fecha Firma del testigo Fecha **ACTUALIZAR** Firma del padre/guardián Fecha Firma del testigo Fecha RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO _ retiro este consentimiento, efectivo _ Firma del padre/guardián Fecha



PÓLIZA DE NO PRESENTARSE

Somos una de las pocas clínicas dentales en el Condado de Okaloosa que atiende a niños con Medicaid. Más niños necesitan cuidado dental que tenemos espacio para ver. Cuando los niños llegan tarde o no acuden a su cita, se pierde el tiempo. Otro niño podría haber usado ese tiempo para obtener la atención dental que necesitaban. Nuestra clínica tiene una Póliza de No Presentarse para asegurarse de que nuestros clientes puedan obtener las citas dentales que necesitan.

Póliza de No Presentarse

- Si no acude a su cita, se ha perdido la cita. Para cancelar una cita, llame a la clínica al (850) 689-5593. Puedes dejar un mensaje.
- Llame a la clínica por lo menos <u>24 horas</u> antes de su cita si necesitas cancelar su cita. Si su cita es el martes a las 10 de la mañana, debes llamarnos el día anterior (lunes) a las 10 de la mañana. Esto nos permite programar citas para otros niños que necesitan cuidado dental.
- Llegue a tiempo a la cita dental. Es posible que tengamos que reprogramar su cita si llegas tarde. Una reprogramación tardía es una cita perdida.
- Si tienes dos (2) citas perdidas, su hijo/a no podrá programar una cita por seis (6) meses. Después de seis meses, puedes llamar para programar una cita nuevamente.
- Si un cliente tiene dos (2) citas perdidas adicionales, serán despedidos del programa dental.
 Tendrás que buscar otra clínica dental. Enviaremos los registros dentales al nuevo dentista de su hijo/a cuando recibamos una solicitud por escrito.
- Recibirá un recordatorio por teléfono y/o texto para la cita de su hijo/a. Si su número de teléfono cambia en cualquier momento, avísenos.

Queremos que su hijo/a tenga la mejor atención dental. Trabajamos duro para que la atención dental esté disponible para todos los niños. Llámenos si su nuevo número de teléfono cambia en cualquier momento.

He leído y entiendo esta póliza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas sobre esta póliza han sido respondidas. Entiendo que si no me presento a las citas dentales, perderé la capacidad de programar citas o ser expulsado del programa dental.

Firma del representante del cliente	Relación del representante con el cliente o mí mismo	Fecha



INICIO DE SERVICIOS

PARTES. CONSENTIMIENTO DE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR Nombre del cliente: Nombre de la agencia: Dirección de la agencia: Doy mi consentimiento para comenzar una relación entre el cliente y el proveedor. Autorizo al Departamento de Salud y sus representantes a proveer servicios de atención de la salud de rutina. Entiendo que la atención de la salud de rutina es confidencial y voluntaria y podría suponer visitas a consultorios clínicos, lo que incluye obtener mi historia clínica, exámenes, la administración de medicamentos, pruebas de laboratorio o procedimientos menores. Puedo discontinuar la relación en cualquier momento. PARTE II. CONSENTIMIENTO A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (solo para fines de operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud) Autorizo a que se utilice y divulque mi información médica, que incluye registros dentales, información sobre VIH/SIDA, ETS, TB, prevención del abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y administración del caso, para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud. PARTE III. COMUNICACIONES Entiendo que el Departamento de Salud (DOH) de Florida utiliza un portal de los pacientes para comunicarse conmigo sobre la atención de mi salud. Para recibir comunicaciones electrónicas sobre la atención de mi salud, debo brindarle mi dirección de correo electrónico al departamento, y luego me contactarán por correo electrónico para que cree una cuenta en el portal. Entiendo que debo aceptar los términos y condiciones de uso asociados con el portal cuando cree mi cuenta. Entiendo que el portal está protegido con contraseña y que soy responsable de mantener la confidencialidad de mi nombre de usuario y contraseña, y de todas las actividades que se realicen a través de mi cuenta en el portal. Entiendo que recibiré correos electrónicos que me avisarán que el DOH ha enviado información al portal. Coloque sus iniciales aquí para autorizar y dar su consentimiento expreso al DOH para que ponga su información médica a su disposición mediante el portal. Dirección de correo electrónico: Entiendo que tengo el derecho de detener la participación en el portal en cualquier momento, ya sea eliminando mi dirección correo electrónico o cerrando mi cuenta en el portal. Coloque sus iniciales aquí para eliminar su dirección de correo electrónico del sistema del DOH y dejar de recibir información por el portal. PARTE IV. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE (Solamente aplica a Clientes de Medicare) Como el Cliente/Representante que firma al pie, certifico que la información que brindé al presentar una solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios/aseguradoras para este reclamo o un reclamo relacionado bajo Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para recibir su pago. PARTE V. CESIÓN DE BENEFICIOS (Solamente aplica a Terceros Pagadores) Como el Cliente/Representante que firma al pie, cedo a la agencia arriba nombrada todos los beneficios brindados conforme a c ualquier plan de atención de la salud o póliza de gastos médicos. La suma de dichos beneficios no superará los cargos médicos establecidos por el cronograma de gastos aprobados. Todos los pagos en virtud de este párrafo deben realizarse a la agencia anterior. Soy personalmente responsable de cubrir los gastos que no cubra esta cesión. PARTE VI. RECOPILACIÓN, USO O EXONERACIÓN RESPECTO DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (Esta notificación se proporciona de conformidad con el Artículo I 19.071(5)(a), Normas de Florida). Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del seguro social a los fines de la identificación y la facturación, según lo autorizado por los artículos 119.07 I(5)(a)2.a. y I 19.071(5)(a)6., Normas de Florida. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento para la recopilación, el uso o la divulgación de mi número del seguro social solo a los fines de la identificación y la facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números del seguro social por parte del Departamento de Salud de Florida es imprescindible para el desempeño de los deberes y las responsabilidades, según lo exigido por la ley. MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA EL INFORME ANTERIOR Y EL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD Firma del Cliente/Representante del Cliente Relación propia o del representante con el cliente Fecha Testigo (opcional) PARTE VIII. RETIRO DEL CONSENTIMIENTO _ RETIRA SU CONSENTIMIENTO, a partir del ____ Firma del Cliente/Representante del Cliente Fecha Testigo (opcional) Fetcha Nombre del cliente:

N.º de ID:

Fecha de Nacimiento:

- enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de
- Investigaciones del médico forense de distrito; de profesionales médicos.

administrativos.

- Investigación aprobada por el departamento.
- Ordenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y

mèdica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud. investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información puede revocat en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento

DERECHOS INDIVIDUALES

aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada. que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un articulo o servicio, y usted solicita departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de

residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted. es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su telétion que usted elija. És posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El

de designar a este profesional de atención médica certificado. haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención mèdica certificado que no definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La

información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respaide la Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su

en parte, si determina que la información médica protegida: corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o

- No fue creada por el departamento.
- No es información médica protegida.
- Es precisa y completa. Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
- que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LÉALO DETENIDAMENTE. CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTECIDA

contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros salud fisica o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la

servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de

muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales. comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en

de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan. hospital pueden enviar la información mèdica a compañias aseguradoras, Medicaid o agencias información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clinica u mèdica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su mèdica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro provedor de alención usan la información mèdica en las clinicas y hospitales para cuidar de usted. Su información de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los profesionales de atención médica Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos

citas, información sobre opciones de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de Cierto personal del departamento puede usar su información para mejorar las operaciones de

permita la ley. Tales circunstancias incluyen: Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorias e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias
- estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la Investigaciones y auditorias por parte del Inspector General y Auditor General del del departamento.
- legislatura.

donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- · Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarle para recordarle de citas de atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del

Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 1 de julio del 2013 y se mantendrá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Partes 160 a164. Federal Register 65, no. 250 (28 de diciembre, 2000).

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002).

HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).

DH150-741, 09/13