

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA (IDENTIFYING INFORMATION)

Nombre de pila (First Name):	Segundo nombre (Middle Name):	Apellido (Last Name):
Género (Gender):	Fecha de nacimiento (Birthdate) (m/d/yyyy)	Seguro Social (Social Security):

INFORMACIÓN DEL CONTACTO (CONTACT INFORMATION)

Dirección Línea 1 (Address Line 1):		Dirección Línea 2 (Address Line 2):
Ciudad (City):	Estado (State):	Código postal (Zip):
Correo electrónico (E-Mail):	Teléfono de la casa (Home Phone):	Teléfono celular (Mobile Phone):

DEMOGRAMAS (DEMOGRAPHICS)

Grupo étnico (Ethnicity):	Idioma preferido (Preferred Language):	Raza (Race):
no hispano hispano		

OTRA INFORMACIÓN (OTHER INFORMATION)

Ocupación (Occupation):	Empleador (Employer):	Teléfono del empleador (Employer Phone):
Contacto de emergencia (Emergency Contact):	Teléfono de emergencia (Emergency Phone):	Tiempo completo en Naples (Full Time Naples):
		Sí (Yes) No (No)

SEGURO MEDICO DEL PACIENTE (PATIENT INSURANCE)

Compañía de seguros (Insurance Company)	Número de póliza (Policy #):	Numero de grupo (Group #):
Compañía de seguros (Insurance Company)	Número de póliza (Policy #):	Numero de grupo (Group #):

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICES)

Por la presente doy permiso al Dr. Alfredo Gonzalez-Vergara, MD y asociados de Sunrise Medicare Center para administrar el tratamiento y realizar los procedimientos, pruebas y laboratorios que se consideren necesarios en el diagnóstico y / o tratamiento de la condición de la extremidad. Por la presente también cedo a los médicos mencionados anteriormente todos los beneficios proporcionados por la póliza o pólizas de mi compañía de seguros para la atención médica o quirúrgica. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado en mi cuenta y se empleará una agencia de cobranza para hacer cumplir dicho saldo. Además, he leído y firmado el formulario de responsabilidad financiera y comprendo la política financiera de Sunrise Medicare Center. Esta es una firma de por vida. Como nuestros médicos solo hablan inglés y español con fluidez, es responsabilidad del paciente proporcionar un intérprete mayor de 18 años si el paciente no puede hablar y comprender a los médicos. Esto es necesario para que prestemos atención médica y para la protección del paciente. Política de privacidad y protección de la información Nuestra oficina utiliza un sistema de almacenamiento de registros médicos electrónicos que cumple con HIPAA. Todos los datos recopilados en este formulario se utilizan estrictamente para fines de reclamaciones de seguros y nunca se comparten con fuentes externas. Toda la información que no esté almacenada en el formato de almacenamiento electrónico seguro se tritura y se elimina correctamente. Al firmar a continuación, reconoce que ha recibido una copia de nuestra Política de privacidad o que se le ha dado acceso a una copia para revisar.

Firma:	Fecha (m/d/yyyy):	
--------	-------------------	--

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT ASSESSMENT)

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA (IDENTIFYING INFORMATION)

Nombre (First Name)

Segundo nombre (Middle Name)

Apellido (Last Name)

--	--	--

HISTORIA FAMILIAR (FAMILY HISTORY)

Padre (Father)	Vivo (Living)	Fallecido (Deceased)
Enfermedades (Illnesses)		
Madre (Mother)	Viva (Living)	Fallecida (Deceased)
Enfermedades (Illnesses)		
Hermano(s) (Brother(s))	¿Cuántos viven? (How many Living?)	¿Cuántos fallecidos? (How many Deceased?)
Enfermedades (Illnesses)		
Hermana(s) (Sister(s))	¿Cuántas viven? (How many Living?)	¿Cuántas fallecidos? (How many Deceased?)
Enfermedades (Illnesses)		

HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY)

Ocupación
(Occupation)

Estado civil
(Marital Status) Soltero
(Single) Casado
(Married) Viudo
(Widowed) Divorciado/ Año
(Divorced/ Year)

Numero de Niños
(Number of Children) ¿Fumar?
(Smoke)? Sí
(Yes) No
(No) Si es así, ¿cuántos paquetes al día?
If yes, how many packs per day?:

Frecuencia de ejercicio por semana?
(Frequency of exercise per week?)

¿Bebes alcohol?
(Do you Drink Alcohol?) Sí
(Yes) No
(No) Si es así, ¿cuánto por semana?
(If yes, how much per week?)

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

Por favor, marque las casillas a continuación para cualquier problema en las áreas designadas. De lo contrario, marque la casilla normal. (Please check the boxes below for any problems in any designated areas.)

GENERAL (GENERAL)		CARDÍACO (CARDIAC)		GASTRO INTESTINAL (GASTRO. INTESTINAL)	
	Normal (Normal)		Normal (Normal)		Normal (Normal)
	Fiebre <i>Fever</i>		Marcapasos <i>Pacemaker</i>		Náusea / Vómito / Diarrea <i>Nausea / Vomiting / Diarrhea</i>
	Cambio de Peso <i>Weight Change</i>		Desfibrilador <i>Defibrillator</i>		Pólipo de Colon o Cáncer <i>Colon Polyp or Cancer</i>
	Sudores Nocturnos <i>Night Sweats</i>		Cirugía de Bypass <i>Bypass Surgery</i>		Enfermedad del Intestino Irritable <i>Irritable Bowel Disease</i>
	Resfriado <i>Chills</i>		Alta Presion Sanguinea <i>High Blood Pressure</i>		Poco apetito <i>Poor Appetite</i>
	Pérdida de Sueño / Fatiga <i>Loss of Sleep / Fatigue</i>		Enfermedad del Corazón <i>Heart Disease</i>		Hernia Hiatal o Reflujo <i>Hiatal Hernia or Reflux</i>
PECHO (BREAST)			Mala Circulacion <i>Poor Circulation</i>		Úlcera <i>Ulcer</i>
	Normal (Normal)		Ataque al Corazón <i>Heart Attack</i>		Enfermedad del Hígado <i>Liver Disease</i>
	Masa <i>Lump</i>	SISTEMA INMUNOLOGICO (IMMUNE SYSTEM)			Dolor abdominal <i>Abdominal Pain</i>
	Dolor <i>Pain</i>		Normal (Normal)		Hernia <i>Hernia</i>
	Secreción del Pezón <i>Nipple Discharge</i>		Anterior / Cáncer Actual <i>Previous / Current Cancer</i>		Sangrado Rectal / Hemorroides <i>Rectal Bleeding / Hemorrhoids</i>
	Infección <i>Infection</i>		TIPO: <i>TYPE:</i>	HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO (HEMATOLOGICAL / LYMPHATIC)	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS (INFECTIOUS DISEASES)			Alergias <i>Allergies</i>		Normal (Normal)
	Normal (Normal)	PULMONAR (PULMONARY)			Desorden Sangrante <i>Bleeding Disorder</i>
	HIV / AIDS <i>HIV / AIDS</i>		Normal (Normal)		Coágulos de Sangre <i>Blood Clots</i>
	Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>		Tos / Flemas <i>Cough / Sputum</i>		Ganglios linfáticos Inflamados <i>Swollen Lymph Nodes</i>
	Hepatitis A <i>Hepatitis A</i>		Bronquitis <i>Bronchitis</i>		Anemia <i>Anemia</i>
	Hepatitis B <i>Hepatitis B</i>		Asma <i>Asthma</i>		Transfusiones de Sangre <i>Blood Transfusions</i>
	Hepatitis C <i>Hepatitis C</i>		Falta de Aire <i>Shortness of Breath</i>	HEENT (HEENT)	
	S.T.D. <i>S.T.D.</i>		Neumonía <i>Pneumonia</i>		Normal (Normal)
	MRSA <i>MRSA</i>	DENTAL (DENTAL)			Pérdida de la Audición / Audifono <i>Hearing Loss / Hearing Aid</i>
GU (GU)			Normal (Normal)		Infección en el Oído <i>Ear Infection</i>
	Normal (Normal)		Dentadura Postiza <i>Dentures</i>		Problemas de Sinusitis / Nariz que moquea <i>Sinus Problems / Runny Nose</i>
	Enfermedad del riñon/Cálculos renales <i>Kidney Disease / Kidney Stone</i>		Enfermedad de las Encías <i>Gum Disease</i>		Sangrado de la Nariz <i>Nose Bleed</i>

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

Próstata <i>Prostate</i>		MUSCULOSQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)		Ronquera / Dolor de Garganta <i>Hoarseness / Sore Throat</i>	
Sangre en la orina <i>Blood in Urine</i>		Normal (Normal)		Visión Borrosa o Doble <i>Blurred or Double Vision</i>	
Dificultad para orinar <i>Difficulty Urinating</i>		Dolor en las Articulaciones/ Artritis <i>Joint Pain / Arthritis</i>		Gafas o Contactos <i>Glasses or Contacts</i>	
Incontinencia <i>Incontinence</i>		Otro <i>Other</i>		Glaucoma o Retinopatía <i>Glaucoma or Retinopathy</i>	
NEUROLÓGICO (NEUROLOGICAL)		ENDOCRINO (ENDOCRINE)		PIEL (SKIN)	
Normal (Normal)		Normal (Normal)		Normal (Normal)	
Ataque cerebral / Convulsiones Parálisis (<i>Stroke/Seizure/Paralysis</i>)		Diabetes <i>Diabetes</i>		Erupción / Morados <i>Rash / Bruise Easily</i>	
Mareo / Debilidad / Desmayo <i>Dizziness/ Weakness/ Fainting</i>		Enfermedad de Tiroides <i>Thyroid Disease</i>		Cáncer <i>Cancer</i>	
Dolores de Cabeza <i>Headaches</i>		Colesterol Alto <i>High Cholesterol</i>		Lunares Anormales <i>Abnormal Moles</i>	
La enfermedad de Alzheimer <i>Alzheimer's</i>					
Ginecólogo (OB-GYN)					
Normal (Normal)					
Actualmente Embarazada <i>Currently Pregnant</i>		Tratando de Embarazarse <i>Trying to Conceive</i>		Le da el pecho <i>Breast Fed</i>	
Menopausa <i>Menopause</i>		Terapia Hormonal <i>Hormone Therapy</i>		Historia Familiar de Cáncer de Mama <i>Family History of Breast Cancer</i>	
Fecha del 1er Período <i>Date of 1st Period.</i>		Fecha del 1er embarazo <i>Date of 1st Pregnancy.</i>			

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR ADICIONAL: CONDICIONES MÉDICAS O HOSPITALIZACIONES
(ADDITIONAL PAST MEDICAL HISTORY - MEDICAL CONDITIONS OR HOSPITALIZATIONS):

CIRUGÍAS - LISTA DE PROCEDIMIENTOS Y FECHAS
(SURGERIES – PLEASE LIST PROCEDURES AND DATES):

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE: CON RECETAS, SOBREEL CONTADOR Y VITAMINAS
(MEDICATIONS YOU CURRENTLY TAKE - PRESCRIPTION, OVER THE COUNTER AND HERBAL):**

Nom de la médecine (Name of Medicine)	Dosage (Dosage)	La fréquence (Frequency)	Nom de la médecine (Name of Medicine)	Dosage (Dosage)	La fréquence (Frequency)

**¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS? En caso afirmativo, enumere los medicamentos y las reacciones:
(ANY ALLERGIES TO MEDICATIONS? If yes, please list medications and reactions.):**

INFORMACIÓN DE FARMACIA (Pharmacy Information):

Teléfono:

Dirección:

**PREVENCIÓN: COLONOSCOPIA, MAMOGRAFÍA, PAPANICOLAOU, PANEL DE COLESTEROL/ TRIGLICERIDOS, ETC.
(PREVENTION: COLONOSCOPY, MAMMOGRAM, PAP SMEAR, LIPID PANEL, ETC.)**

Colonoscopia (Colonoscopy) No (No) Si, fechas (Yes, dates)

Colesterol (Cholesterol) No (No) Si, fechas (Yes, dates)

Densidad osea (Bone Density) No (No) Si, fechas (Yes, dates)

Prueba de Papanicolaou (Pap Smear) No (No) Si, fechas (Yes, dates)

Mamograma (Mammogram) No (No) Si, fechas (Yes, dates)

Otros (Others)

Signature (Firma):

Fecha (Date):

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

POLITICA FINANCIERA (FINANCIAL POLICY)

Nos gustaría darle las gracias por elegir al Dr. Alfredo Gonzalez Vergara como su proveedor de atención médica. El Doctor se compromete a brindarle la mejor atención médica posible. Estamos seguros de que entiende que el pago de esta atención médica es su responsabilidad. La siguiente información describe sus responsabilidades financieras relacionadas con nuestros servicios.

Para nuestros pacientes con beneficios de seguro médico: Participamos en la mayoría de los principales planes de salud. Tenemos contratos con muchas compañías de seguros y agencias gubernamentales, incluido Medicare. Nuestra oficina comercial presentará reclamos como cortesía por cualquier servicio prestado a un paciente que sea miembro de uno de estos planes y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos para ayudarlo a que sus reclamos sean pagados. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de abandonar la oficina. Si tiene un seguro secundario, automáticamente presentaremos una reclamación tan pronto como la aseguradora principal haya pagado. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Por favor traiga su tarjeta de seguro al momento de su cita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Si un paciente es miembro de un plan de seguro con el que no participamos, el pago completo se debe en el momento del servicio.

Copagos: Su compañía de seguros puede exigirnos que cobremos copagos en el momento del servicio. La renuncia a los copagos puede constituir un fraude según las leyes estatales y federales. Ayúdenos a respetar la ley mediante el pago de su copago en cada visita. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, con tarjeta de débito o con tarjeta de crédito. Si no tiene su copago, su cita puede ser reprogramada. Además, puede tener montos de coseguro y / o deducibles requeridos por su compañía de seguros. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de ajustar todas las responsabilidades de su seguro, se le facturará y se podrá cobrar al momento de la visita.

Renuncia a la responsabilidad del paciente: La política de la práctica es tratar a todos los pacientes de una manera equitativa relacionada con los saldos de las cuentas. La práctica no renunciará, no cobrará o descontará los copagos, coseguros, deducibles u otra responsabilidad financiera del paciente de acuerdo con las leyes estatales y federales, así como los acuerdos de participación con los pagadores. La responsabilidad financiera total o parcial solo se puede renunciar de acuerdo con la política de dificultades financieras de la práctica.

Servicios no cubiertos y fuera de la red: Los servicios médicos que su compañía de seguros considere no cubiertos, fuera de la red o que no sean médicamente necesarios serán su responsabilidad.

Cambios en la cobertura: Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos.

Para nuestros pacientes sin seguro médico (pago por cuenta propia): Si no tiene un seguro médico grupal o individual, se espera el pago completo de todos los servicios profesionales en el momento de su visita.

Incumplimiento: Todos los saldos pendientes que permanezcan por más de 90 días, sin responder a nuestras solicitudes de pago, se remitirán a una agencia de cobro. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, usted y / o sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica.

Firma del paciente:

Fecha (m/ d/ yyyy) :

--	--

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | **ONLINE:** SunriseMedcareNaples.com

**Autorización para Obtener Información de Registro Médico
(Authorization to Obtain Medical Record Information)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE(PATIENT INFORMATION):

Nombre del Paciente (Patient Name)	Fecha de Nacimiento (Birth)	Género (Gender)	Teléfono (Phone)
Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código Postal (Zip)

INFORMACIÓN QUE DEBESER LIBERADA (INFORMATION TO BE RELEASED):

<input type="checkbox"/>	Expediente Médico Clínico <i>Clinical Medical Record</i>	<input type="checkbox"/>	Datos de Facturación <i>Billing Information</i>	<input type="checkbox"/>	Resultados de La Prueba <i>Test Results</i>
--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--

REGISTROS LIBERADOS DE (RECORDS RELEASED FROM):

Nombre - Establecimiento de Salud, Proveedor (Name - Health Facility, Provider)			
Número de Teléfono (Phone Number):		Número de Fax (Fax Number):	
Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código Postal (Zip)

REGISTROS ENTREGADOS A (RECORDS RELEASED TO):

Nombre del Destinatario (Name of Recipient):			
DR. ALFREDO GONZALEZ VERGARA, M.D. ATTENTION: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS (ATTENTION: MEDICAL RECORDS)			
Número de Teléfono (Phone Number):		Número de Fax (Fax Number):	
(239) 208 - 5390		(239) 302 - 6813	
Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código Postal (Zip)
80 WILSON BLVD. SOUTH SUITE 11	NAPLES	FLORIDA	34117

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | **ONLINE:** SunriseMedcareNaples.com

RECONOCIMIENTO (ACKNOWLEDGEMENT):

Si le estamos solicitando esta Autorización para su uso y divulgación o para permitir que otro proveedor de atención médica o plan de salud nos revele información (If we are requesting this Authorization from you for use and disclosure or to allow another healthcare provider or health plan to disclose information to us):

- ξ No podemos condicionar nuestra prestación de servicios o tratamiento a usted en el recibo de la autorización firmada.
(We cannot condition our provision of services or treatment to you on the receipt of the signed authorization.)
- ξ Puede inspeccionar una copia de la información médica protegida que se divulgará.
(You may inspect a copy of the protected health information to be disclosed.)
- ξ Puede negarse a firmar esta autorización.
(You may refuse to sign this authorization.)
- ξ Le proporcionaremos una copia de la autorización previa solicitud.
(We will provide you a copy of the authorization upon request.)
- ξ Usted tendrá derecho a revocar esta autorización en cualquier momento siempre que lo haga por escrito.
(You will have the right to revoke this authorization at any time provided you do so in writing.)
Esta autorización vencerá solo después de recibir una notificación por escrito de mi parte.
(This authorization will expire only upon receiving written notification from me)

Firma (Signature):	Fecha (Date):
Nombre Impreso (Printed Name):	

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

**Autorización para divulgar información de salud
(Authorization to Release Health Information)**

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud individualmente identificable como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica; Es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Esta autorización vencerá solo después de recibir una notificación por escrito de mi parte. (This authorization will expire only upon receiving written notification from me)

Autorizo al Dr. Alfredo Gonzalez Vergara a solicitar o divulgar (divulgar) la siguiente información de los registros médicos de:

I authorize Dr. Alfredo Gonzalez Vergara to request or disclose (release) the following information from medical records of:

Nombre del Paciente <i>Patient Name</i>	Fecha de nacimiento <i>Date of Birth</i>	Teléfono <i>Phone</i>	Numero de historia médico <i>Medical Record Number</i>
Dirección <i>Address</i>	Ciudad <i>City</i>	Estado <i>State</i>	Código postal <i>Zip Code</i>

Cubriendo el (los) período (s) de la atención médica (seleccione solo uno):

Covering the period(s) of health care (select only one):

<input type="checkbox"/>	Todas las fechas pasadas y futuras <i>All past and future dates</i>	<input type="checkbox"/>	Todas las fechas futuras <i>All future dates</i>
<input type="checkbox"/>	Todas las fechas pasadas <i>All past dates</i>	<input type="checkbox"/>	Desde <input type="text"/> a <input type="text"/> <i>From to</i>

Información a divulgar:

Information to be disclosed:

<input type="checkbox"/>	Historial (s) de salud completo (s), incluidas todas las imágenes (radiografías, fotografías, etc.) <i>Complete health record(s), including all images (x-rays, photographs, etc.)</i>
<input type="checkbox"/>	Registro (s) de salud completo, excluyendo todas las imágenes <i>Complete health record(s), excluding all images</i>
<input type="checkbox"/>	Otro <i>Other</i>

O seleccione una de las siguientes opciones (marque todas las que correspondan)

OR Select from the following (check as many as apply):

<input type="checkbox"/>	Resumen de alta <i>Discharge Summary</i>	<input type="checkbox"/>	Reportes de consultas <i>Consultation Reports</i>
<input type="checkbox"/>	Fotografía, cintas de video, imágenes digitales u otras. <i>Photography, video tapes, digital or other images</i>	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de droga y alcohol <i>Treatment for alcohol and/or drug abuse</i>
<input type="checkbox"/>	Notas de Seguimiento Medico <i>Progress Notes</i>	<input type="checkbox"/>	Reportes de x-rayos <i>X-ray reports</i>
<input type="checkbox"/>	Historia y examen físico <i>History and Physical Examination</i>	<input type="checkbox"/>	Terapias <i>Psychotherapy Notes</i>
<input type="checkbox"/>	Pruebas de laboratorio <i>Laboratory Tests</i>	<input type="checkbox"/>	Consultas con psiquiatras <i>Mental health care or services</i>
<input type="checkbox"/>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o infección por HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana) <i>AIDS(Acquired Immunodeficiency Syndrome) or HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection</i>		

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | **ONLINE:** SunriseMedcareNaples.com

Firma (<i>Signature</i>)	Fecha (<i>Date</i>)
Nombre impreso (<i>Printed Name</i>)	

Esta información se debe divulgar a la siguiente persona o entidad:

This information is to be disclosed to the following individual or entity:

Nombre (<i>Name</i>)			
Dirección (<i>Address</i>)	Ciudad (<i>City</i>)	Estado (<i>State</i>)	Código postal (<i>Zip</i>)

SUNRISE MEDCARE CENTER

80 Wilson Blvd. S. Unit #11 Naples, Florida 34117

PHONE: (239) 208 – 5390 | ONLINE: SunriseMedcareNaples.com

Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)

Fecha efectiva: Diciembre 1, 2021 (Effective date: December 1, 2021)

Como lo requieren las regulaciones de privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud (como paciente de esta práctica) y cómo puede obtener acceso a su información de salud individualmente identificable.

Por favor revise este aviso cuidadosamente.

A. Nuestro compromiso con su privacidad.:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individualmente identificable (**también llamada información de salud protegida o PHI**). Al llevar a cabo nuestro negocio, crearemos registros sobre usted, el tratamiento y los servicios que le brindamos. La ley nos exige que mantengamos la confidencialidad de la información médica que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que tenemos vigentes en ese momento.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

- o Cómo podemos usar y divulgar su PHI,
- o Sus derechos de privacidad en su PHI,
- o Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI.

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI creados o conservados por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso más actual en cualquier momento.

B. Si tiene preguntas sobre este Aviso, por favor contáctese con:

Gerente de oficina de Dr. Alfredo Gonzalez Vergara, M.D., 80 Wilson Blvd. S. Unit #11, Naples, Florida 34117.

Teléfono: (239) 208 - 5390 or **En línea:** SunriseMedcareNaples.com

C. Podemos usar y divulgar su PHI de las siguientes maneras:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su PHI.

1. Tratamiento. Nuestra práctica puede utilizar su PHI para tratarle. Por ejemplo, podemos pedirle que se realice pruebas de laboratorio (como análisis de sangre u orina) y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podríamos usar su PHI para escribirle una receta, o podemos divulgar su PHI a una farmacia cuando le ordenemos una receta. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica, incluidos, entre otros, nuestros médicos y enfermeras, pueden usar o divulgar su PHI para tratarle o ayudar a otras personas en su tratamiento. Además, podemos divulgar su PHI a otras personas que puedan ayudarlo en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres. Finalmente, también podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.

2. Pago. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que puede recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora de salud para certificar que usted es elegible para los beneficios (y para qué rango de beneficios), y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora cubrirá o pagará su tratamiento. También podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que pueden ser responsables de dichos costos, como los miembros de la familia. Además, podemos usar su PHI para facturarle directamente por servicios y artículos. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica y entidades para ayudarles en sus esfuerzos de facturación y cobro.

3. Operaciones de salud. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros o para llevar a cabo actividades de administración de costos y planificación comercial para nuestra práctica. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica y entidades para ayudarlo en sus operaciones de atención médica.

4. Recordatorios de citas opcionales. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para contactarlo y recordarle una cita.

5. Opciones de tratamiento opcionales. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre posibles opciones de tratamiento o alternativas.

6. Beneficios y servicios opcionales relacionados con la salud. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

7. Divulgación opcional de información a familiares / amigos. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado o que lo ayude a cuidarlo. Por ejemplo, un padre o tutor puede pedir que una niñera lleve a su hijo al consultorio del pediatra para el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica de este niño.

8. Revelaciones requeridas por la ley. Nuestra práctica utilizará y divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

D. Uso y divulgación de su PHI en ciertas circunstancias especiales:

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

1. Riesgos de salud pública. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades autorizadas por la ley para recopilar información con el fin de:

- o Mantener registros vitales, como nacimientos y defunciones,
- o Reportar abuso infantil o negligencia,
- o Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades,
- o Notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad contagiosa,
- o Notificar a una persona sobre un riesgo potencial de propagación o contraer una enfermedad o afección,
- o Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos,
- o Notificar a las personas si un producto o dispositivo que pueden estar utilizando ha sido retirado del mercado,
- o Notificar a la (s) agencia (es) gubernamental (es) y la (s) autoridad (es) apropiada (s) con respecto al posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); Sin embargo, solo divulgaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si se nos solicita o
- o autorizado por ley para divulgar esta información,
- o Notificar a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica.

2. Actividades de supervisión de la salud. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativos y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica.

3. Juicios y procesos similares. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, si está involucrado en una demanda o un procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por parte de la otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.

4. Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar la PHI si así lo solicita un oficial de la ley:

- o Con respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones, si no podemos obtener el acuerdo de la persona,
- o Con respecto a una muerte que creemos ha resultado de una conducta criminal,
- o Sobre conducta delictiva en nuestras oficinas,
- o En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso legal similar,
- o Para identificar / localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida,
- o En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación o víctima (s) del crimen, o la descripción, identidad o ubicación del perpetrador).

5. Pacientes fallecidos opcionales. Nuestra práctica puede divulgar la PHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias puedan realizar su trabajo.

6. Opcional donación de órganos y tejidos. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si usted es un donante de órganos.

7. Investigación opcional. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su PHI con fines de investigación, excepto cuando una Junta de Revisión Interna o Junta de Privacidad haya determinado que la exención de su autorización cumple todas las siguientes condiciones:

- A. El uso o la divulgación no implica más que un riesgo mínimo para su privacidad basado en lo siguiente:
 - i. un plan adecuado para proteger los identificadores de uso y divulgación indebidos;
 - ii. un plan adecuado para destruir los identificadores en la primera oportunidad que sea compatible con la investigación (a menos que exista una justificación de salud o de investigación para retener los identificadores o que dicha retención sea exigida por la ley); y
 - iii. garantías escritas adecuadas de que la PHI no se reutilizará ni se divulgará a ninguna otra persona o entidad (excepto según lo exija la ley) para la supervisión autorizada del estudio de investigación o para otras investigaciones para las cuales se permitiría el uso o la divulgación;
- B. La investigación no podría llevarse a cabo de manera práctica sin la exención,
- C. La investigación no podría realizarse de manera práctica sin el acceso y el uso de la PHI.

8. Graves amenazas a la salud o seguridad. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo haremos revelaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

9. Militar. Nuestra práctica puede divulgar su PHI si usted es un miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluidos los veteranos) y si lo requieren las autoridades correspondientes.

10. Seguridad Nacional. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a actividades de seguridad federales y nacionales autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al presidente, a otros funcionarios o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones.

11. Presos. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o se encuentra bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. La divulgación para estos fines sería necesaria: (a) para que la institución le brinde servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución y / o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

12. Compensación de trabajadores. Nuestra práctica puede divulgar su PHI para la compensación de trabajadores y programas similares.

E. Sus derechos con respecto a su PHI:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

1. Comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nuestra práctica se comunique con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su casa, en lugar de trabajar. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe realizar una solicitud por escrito al contacto como se indica en la Sección B de este documento, especificando el método de contacto solicitado o la ubicación donde desea que lo contactemos. Nuestra oficina se acomodará a las solicitudes razonables. No necesita dar una razón para su solicitud.

2. Restricciones de solicitud. Tiene derecho a solicitar una restricción en el uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene el derecho de solicitar que limitemos nuestra divulgación de su PHI a solo ciertas personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares y amigos. No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley lo exija, en casos de emergencia o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI, debe hacer su solicitud por escrito al contacto que se indica en la Sección B de este documento. Su solicitud debe describirse de manera clara y concisa:

- o La información que deseas restringir,
- o Si está solicitando limitar el uso de nuestra práctica, la divulgación o ambos,
- o A quien quieres que se apliquen los límites.

3. Inspección y copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la PHI que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero no las notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito al contacto que se indica en la Sección B de este documento para inspeccionar y / o obtener una copia de su PHI. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede negar su solicitud de inspección y / o copia en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por nosotros llevará a cabo revisiones.

4. Enmienda. Puede pedirnos que modifiquemos su información de salud si considera que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al contacto como se indica en la Sección B de este documento. Debe proporcionarnos un motivo que respalde su solicitud de modificación. Nuestra práctica rechazará su solicitud si no presenta su solicitud (y la razón que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita que enmendemos la información que, en nuestra opinión, es: (a) precisa y completa; (b) no es parte de la PHI mantenida por o para la práctica; (c) no es parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para enmendar la información.

5. Contabilidad de revelaciones. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Un "recuento de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho de su PHI para fines no relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones. El uso de su PHI como parte de la atención de rutina del paciente en nuestra práctica no debe estar documentado, por ejemplo, el médico comparte información con la enfermera; o el departamento de facturación utilizando su información para presentar su reclamo de seguro. Para obtener un informe de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al contacto que se indica en la Sección B de este documento. Todas las solicitudes de un "informe de divulgaciones" deben indicar un período de tiempo, que no debe ser superior a seis (6) años a partir de la fecha de divulgación y no pueden incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de 12 meses. El período de un mes es gratuito, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra práctica le notificará los costos relacionados con las solicitudes adicionales, y usted puede retirar su solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

6. Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede solicitar que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel de este aviso, consulte la información de contacto que se encuentra en la Sección B de este documento.

7. Derecho a presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja. Para presentar una queja ante nuestro consultorio, consulte la información de contacto que figura en la Sección B de este documento.

8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no están identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su PHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su PHI por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta: estamos obligados a conservar los registros de su atención.

Nuevamente, si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de información de salud, consulte la información de contacto que se encuentra en la Sección B de este documento.

Firma (Signature):	Fecha (Date):