



**ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO O NO LABORAL**  
**Formulario de información de paciente y pagador**

*Todos los pacientes o sus representantes legales, por favor llenar todas las secciones*

**(1) Nombre del paciente (nombre legal completo o como aparece en la tarjeta del seguro)**

Apellido		Primer nombre		Inicial de segundo nombre			
Dirección		Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal		
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono (Alternativo)
Nombre y número de teléfono de contacto de emergencia*				Dirección de correo electrónico*			
Nacimiento (mes/día/año) _____ / _____ / _____		Sexo registrado**:		Nombre preferido*:			
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?		Llamada <input type="checkbox"/>	Mensaje de texto <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>			

**(2) ¿Por qué eligió a SPEAR? (Seleccione sólo una respuesta)**

<input type="radio"/> Médico	<input type="radio"/> Red Mount Sinai	<input type="radio"/> Yelp!	<input type="radio"/> Redes sociales (Facebook, Instagram o Twitter)
<input type="radio"/> Mi seguro	<input type="radio"/> Red de rehabilitación especial de cirugías del hospital	<input type="radio"/> Google Maps/Reviews	<input type="radio"/> Búsqueda en línea
<input type="radio"/> Amigos o familiares	<input type="radio"/> Soy un paciente que regresa	<input type="radio"/> Zocdoc	<input type="radio"/> BetterPT
<input type="radio"/> Proximidad	<input type="radio"/> Otro (por favor, describa): _____		

**(3) Reclamo automovilístico o no laboral**

El reclamo será pagado por: \_\_\_\_\_ Su seguro de vehículo personal \_\_\_\_\_ Responsabilidad civil (el seguro de otra persona)

Aseguradora: \_\_\_\_\_ No. de reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección postal del reclamo: \_\_\_\_\_

Dirección	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	---------	--------	--------	---------------

Si es a través de litigio:  
 Nombre del bufete jurídico: \_\_\_\_\_ Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Dirección del bufete jurídico: \_\_\_\_\_

Dirección	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	---------	--------	--------	---------------

**Firme en la opción A o la opción B**  
**A) Entiendo que mi abogado y yo debemos aceptar los términos de SPEAR Physical Therapy, LLC “Carta de protección/Derecho” para que un reclamo de responsabilidad civil sea considerado como medio de pago:**

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**B) Entiendo que, si utilizo mi seguro de vehículo personal, debo ceder las prestaciones de pago a SPEAR Physical Therapy, LLC, y estar dispuesto a pagar si agoto los fondos para gastos médicos:**  
**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

\* Puede utilizarse para sus recordatorios de citas, programas de ejercicios en casa, respuestas a consultas y/u otras noticias de SPEAR.

\*\* Por favor, tenga en cuenta que su nombre y el sexo indicados en su seguro deben usarse en los documentos relativos a la facturación y correspondencia del seguro.

**Todos los pacientes o sus representantes legales, por favor firmar la Sección 7 en la Página 2**



**ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO O NO LABORAL**  
**Formulario de información de paciente y pagador**

**(4) Información de seguro médico** (por favor, aporte una copia de su tarjeta de seguro o llene esta sección si su reclamo de accidente automovilístico o no laboral es denegado)

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ El asegurado es \_\_\_ Paciente \_\_\_ Cónyuge \_\_\_ Padre

Género registrado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ID de paciente No.: \_\_\_\_\_ Grupo No.: \_\_\_\_\_ Póliza/Plan No.: \_\_\_\_\_

Dirección postal de reclamos: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

**(5) Autorización de pago con tarjeta de crédito** ¿Quiere un recibo por correo electrónico de cada transacción? Sí  No

Por este medio, autorizo a S.P.E.A.R. Physical Therapy, PLLC, a cargar mi tarjeta de crédito por los servicios prestados y/o productos suministrados hasta que yo revoque esta autorización. Es mi responsabilidad notificar a S.P.E.A.R. Physical Therapy, PLLC, sobre cualquier cambio relativo a esta autorización de pago con tarjeta de crédito.

Nombre que aparece en la tarjeta	Firma/Fecha	
Tipo de tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover	Número de tarjeta de crédito	
Fecha de expiración	Código de seguridad	Código postal de facturación

**(6) Autorización de pago: (Debe poner sus iniciales en los 3 párrafos)**

\_\_\_\_\_ **Garantía de pago**  
Iniciales Entiendo que todos los pagos designados como “responsabilidad del paciente”, tales como los coaseguros y deducibles se adeudan y son pagaderos al momento del servicio o de la recepción del estado de cuenta. Aseguro que pagaré la cantidad indicada como “mi responsabilidad” a la fecha de vencimiento del estado de cuenta y facturación.

\_\_\_\_\_ **Opción de seguro médico (Se requiere una copia de la tarjeta del seguro)**  
Iniciales Acepto que SPEAR Physical Therapy, LLC, presente ante mi seguro médico dentro de los plazos de reclamo requeridos, si mi seguro vehicular personal o el seguro de la otra parte deniega el reclamo, si se agotan las prestaciones o si de alguna otra manera incumplen en el pago de los términos acordados.

\_\_\_\_\_ **Certificación de información**  
Iniciales Certifico que la información que he suministrado a SPEAR Physical Therapy, LLC, para el pago, incluyendo, sin limitación, la de accidentes relacionados, enfermedades o de otras aseguradoras, es verdadera y correcta.

**(7) Firma/Fecha:**

*Doy fe, a mi leal saber y entender, de que la información indicada anteriormente es verdadera y correcta.*

\_\_\_\_\_ **Firma del paciente o de su representante legal**

\_\_\_\_\_ **Fecha de hoy**

**Todos los pacientes o sus representantes legales, por favor firmar la Sección 7 en la Página 2**

**LEY DE SEGURO AUTOMOVILÍSTICO SIN CULPA DE NUEVA YORK  
FORMULARIO DE CESIÓN DE PRESTACIONES**

(PARA ACCIDENTES OCURRIDOS EL 01/03/02 O DESPUÉS)

Yo, \_\_\_\_\_, (“Cedente”) por este medio cedo a \_\_\_\_\_, (“Cesionario”)  
(Nombre del paciente) (Nombre del hospital o proveedor de atención médica)

todos los derechos, privilegios y recursos al pago de los servicios de asistencia médica prestados por el cesionario a los que tengo derecho en virtud del artículo 51 (la disposición de no culpabilidad) de la Ley de Seguros.

El Cesionario certifica por el presente documento que no ha recibido ningún pago del Cedente o en nombre del mismo y que no reclamará el pago directamente del Cedente por los servicios prestados por dicho Cesionario por las lesiones sufridas debido al accidente automovilístico ocurrido el \_\_\_\_\_, independientemente de cualquier otro acuerdo en contrario. (Fecha del accidente)

Este acuerdo puede ser revocado por el cesionario cuando las prestaciones no sean pagaderas con base en la falta de cobertura del cedente y/o a la violación de una condición de la póliza debido a las acciones o a la conducta del cedente.

CUALQUIER PERSONA QUE, CONSCIENTEMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO COMERCIAL O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO DE CUALQUIER PRESTACIÓN DE SEGURO COMERCIAL O PERSONAL QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTE, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER HECHO MATERIAL DE LA MISMA, Y CUALQUIER PERSONA QUE, EN RELACIÓN CON DICHA SOLICITUD O RECLAMO, CONSCIENTEMENTE HAGA O AYUDE, INSTIGUE, SOLICITE O CONSPIRE CON OTRA PERSONA PARA HACER UNA DENUNCIA FALSA DEL ROBO, DESTRUCCIÓN, DAÑO O CONVERSIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO MOTORIZADO A UNA AGENCIA DE APLICACIÓN DE LA LEY, AL DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS O A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, QUE ES UN DELITO, Y TAMBIÉN ESTARÁ SUJETO A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO EXCEDA DE CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR DEL VEHÍCULO MOTORIZADO SUJETO O DEL RECLAMO DECLARADO, POR CADA VIOLACIÓN.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Firma del proveedor)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del proveedor)



## HISTORIAL MÉDICO / INFORMACIÓN SUBJETIVA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Se entregó una receta en la recepción? SÍ NO

Médico remitente: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Condición a tratar: \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó la condición: \_\_\_\_\_

(Por favor, marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Deficiencia visual	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Otras (si marca esta opción, explique _____)	

Comentarios del terapeuta: \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a alguna cirugía por su condición? SÍ NO Si sí, fecha: \_\_\_\_\_

¿La condición se relaciona con un accidente automovilístico? SÍ NO Si sí, fecha: \_\_\_\_\_

¿La condición se relaciona con un accidente no laboral? SÍ NO Si sí, fecha: \_\_\_\_\_

¿La condición se relaciona con un accidente laboral? SÍ NO Si sí, fecha: \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a alguna inyección por su condición? SÍ NO Si sí, fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, liste todas las pruebas diagnósticas a las que se haya sometido por esta condición: \_\_\_\_\_

Por favor, liste cualquier medicamento que tome actualmente: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus síntomas actuales? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió la lesión o problema? \_\_\_\_\_

Por favor, califique su dolor en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor que pueda imaginar)

Peor dolor desde que comenzó: \_\_\_\_ Mejor dolor desde que comenzó: \_\_\_\_ Dolor de hoy: \_\_\_\_

¿Dónde se ubica su dolor o problema? \_\_\_\_\_

¿Su dolor es...? Constante Intermitente Sordo Agudo Otro \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su dolor / problema mejore? \_\_\_\_\_ ¿Qué empeore? \_\_\_\_\_

¿Siente dolor por las noches? SÍ NO ¿Qué posición le ayuda a dormir? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido fisioterapia para esta condición? SÍ NO Si sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_



¿Ha recibido servicios quiroprácticos para esta condición?      SÍ      NO      Si sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Comentarios del terapeuta: \_\_\_\_\_

Historial de empleo:

¿Está trabajando actualmente?      SÍ      NO      Si no, ¿cuántos días de trabajo se ha perdido, en total? \_\_\_\_\_

¿Sus funciones laborales son...?    Completas    Restringidas    ¿Cuántas horas por semana trabaja? \_\_\_\_\_

¿Quién es su empleador? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo realiza usted? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades en su vida cotidiana o de sus funciones laborales se han visto más afectadas por su problema? \_\_\_\_\_

¿Qué espera conseguir con la terapia? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio en casa?      SÍ      NO      Si sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Utiliza frío o calor?      SÍ      NO      Si sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Utiliza un cabestrillo o una férula?    SÍ      NO      Si sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Fuma?      SÍ      NO      Si sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿En qué tipo de actividades no laborales participa? \_\_\_\_\_

¿Cuándo tiene programado volver a ver a su médico? \_\_\_\_\_

Comentarios del terapeuta: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_

A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado está completa y es verdadera. Por este medio, otorgo mi consentimiento para recibir servicios en SPEAR Physical Therapy, LLC

He recibido una copia de la Hoja de Información de los Derechos y Responsabilidades del Paciente/Cliente

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO Y DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

**Consentimiento para atención y tratamiento:** Yo, el abajo firmante, por medio del presente documento acuerdo y otorgo mi consentimiento para recibir tratamiento de terapia de recuperación y cualquier servicio suplementario que mi terapeuta y/o proveedor tratante considere médicamente necesario o apropiado. Sin embargo, entiendo que la práctica de la medicina de rehabilitación no es una disciplina exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía respecto al tratamiento.

**Consentimiento para atención y tratamiento menor:** Yo, el abajo firmante, por medio del presente documento acuerdo y otorgo mi consentimiento para que mi hijo \_\_\_\_\_ reciba el tratamiento de terapia de recuperación y cualquier servicio suplementario que mi terapeuta y/o proveedor tratante considere médicamente necesario o apropiado. Sin embargo, entiendo que la práctica de la medicina de rehabilitación no es una disciplina exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía respecto al tratamiento.

**AUTORIZACIÓN DE REMISIÓN:** Su aseguradora puede solicitar una remisión de su médico de cabecera para recibir nuestros servicios. Por favor, tenga en cuenta que es su responsabilidad obtener todas las remisiones necesarias antes de su terapia. Si su aseguradora requiere una autorización de servicio, no se prestará ningún servicio hasta que se haya obtenido la autorización. Además, es posible que tengamos que comunicarnos con su médico para obtener una remisión de tratamiento para brindar nuestros servicios.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a S.P.E.A.R. Physical Therapy a divulgar la totalidad o parte de mis registros médicos con cualquier persona, corporación o agencia, cuando éstos sean requeridos para el cobro de prestaciones o el pago de cargos. Yo, el abajo firmante, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para recibir notificaciones de S.P.E.A.R. Physical Therapy, las cuales pueden incluir mi Información Médica Protegida (PHI), siguiendo los métodos de comunicación que indico a continuación.

- Dispositivo móvil: (    ) \_\_\_\_\_
- Mensaje de texto: (    ) \_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento al personal administrativo de Spear Physical Therapy para discutir asuntos de mi condición médica o de facturación con la(s) persona(s) que designo a continuación:

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

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

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y/O AUSENCIA:** S.P.E.A.R. Physical Therapy, PLLC, lo insta a cumplir con cada cita, ya que un tratamiento constante acelerará su recuperación. Si usted necesita cancelar una *cita para masaje*, requerimos un aviso con al menos 24 horas de antelación, excluyendo los sábados y domingos. Los pacientes que cancelen sin la antelación adecuada o que no se presenten a una cita para masaje programada estarán sujetos a un cargo de \$40.00 por cada vez que esto ocurra. Su fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional hablará con usted sobre nuestro Acuerdo de Regreso a la Vida. El llegar más de 15 minutos después de la hora de su cita programada puede considerarse una ausencia a la cita.

**ÚNICAMENTE PARA PACIENTES CON MEDICARE:** ¿Actualmente recibe servicios de atención médica en casa? Sí: \_\_\_ NO: \_\_\_  
En caso afirmativo, por favor indique que cuenta con una carta de alta de los servicios. Fecha de la carta de alta: \_\_\_\_\_

**ÚNICAMENTE PARA LESIONES POR ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:** Si usted está recibiendo atención por lesiones derivadas de un accidente automovilístico, ¿en qué estado ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

**Fondos insuficientes:** En caso de que un cheque nos sea denegado debido a insuficiencia de fondos, se impondrá un cargo de \$34, junto con el pago original.

**CESIÓN DE PRESTACIONES:** Autorizo que el pago de mis prestaciones de Medicare y/o de mi seguro se hagan directamente a S.P.E.A.R. Physical Therapy, PLLC, en mi nombre, por los servicios de fisioterapia brindados. Si mi aseguradora no acepta la Cesión de Prestaciones o si el pago se me hace directamente a mí, endosaré dichos pagos a S.P.E.A.R. Physical Therapy, PLLC, dentro de un plazo de cinco (5) días desde la recepción de dicho pago.

Firma del paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta	



## **ACUSE DE RECIBO DE NOTICE DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Mi firma a continuación indica que se me ha dado el Aviso de prácticas de privacidad para SPEAR Physical Therapy, LLC. Reconozco que fuera de los propósitos para el tratamiento, para el pago, para ciertas operaciones de atención médica o según lo permita o exija la ley, debo dar mi autorización por escrito a SPEAR Physical Therapy, LLC para divulgar cualquiera de mi información de atención médica protegida.

---

Nombre y fecha impresos del paciente o representante autorizado

---

Firma del paciente o representante autorizado

# Aviso de Prácticas de Privacidad Vigente a partir de: 1 de agosto de 2020

Este Aviso ofrece un panorama general de las prácticas de privacidad de SPEAR Physical Therapy (también denominada en este Aviso “nosotros”, “nos” y/o “nuestro”). Todos los profesionales de la salud, empleados, personal, aprendices, estudiantes, voluntarios y socios comerciales de SPEAR Physical Therapy seguirán las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor comuníquese con nuestro Encargado de Privacidad.

Este Aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida (definida a continuación) sobre usted y cómo usted puede acceder a esta información médica protegida. Este Aviso no es una lista completa de cómo usamos y divulgamos su información médica protegida. Este Aviso se aplica a toda la información médica protegida que se encuentra en cualquier forma en las entidades de SPEAR Physical Therapy listadas al final de este Aviso. **Por favor, revise este Aviso detenidamente.**

La información médica protegida (también denominada en este aviso “historial médico”, “información médica” y/o “información”) es su información individualmente identificable, ya sea en formato electrónico, en papel o en forma oral, que puede incluir, sin limitación, sus datos geográficos, su información demográfica, sobre los servicios médicos que ha recibido o puede recibir en el futuro, sus prestaciones de seguro médico, fotografías de rostro completo, cualquier imagen comparable de usted y cualquier número único con que pueda identificarse.

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

### Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico.
- Corregir su historial médico en papel o electrónico.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas a las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este Aviso de Privacidad.
- Elegir a alguien que actúe por usted.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

► Vea la página 2 para obtener detalles sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

### Sus derechos

### Usted puede tomar algunas elecciones sobre la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su condición.
- Proporcionamos ayuda en caso de catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

► Vea la página 3 para obtener detalles sobre estas elecciones y cómo aplicarlas.

### Sus elecciones

### Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Le brindamos tratamiento.
- Dirigir nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos en asuntos de salud y seguridad pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Atender las solicitudes de indemnización por accidente laboral, de la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales

► Vea las páginas 3 y 4 para obtener detalles sobre estos usos y divulgaciones.

### Nuestros usos y divulgaciones

Sus derechos

**En cuanto a su información médica, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

<p>Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y de otra información médica que tengamos sobre usted. Para solicitar una copia de su historial médico, comuníquese con nuestro Departamento de Historiales Médicos.</li> <li>• Le daremos una copia o un resumen de su información médica, usualmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de emisión.</li> </ul>
<p>Pedirnos que corriamos su historial médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que corriamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta, presentando una solicitud por escrito al Encargado de Privacidad, junto con la documentación adecuada que apoye la petición.</li> <li>• Podemos denegar a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.</li> </ul>
<p>Solicitar comunicaciones confidenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.</li> <li>• Diremos “sí” a todas las peticiones razonables.</li> </ul>
<p>Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición y podemos decir “no” si eso pudiera afectar a su atención.</li> <li>• Si paga un servicio o artículo médico de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información a efecto de pagos o de nuestras operaciones con su aseguradora médica. Le diremos que sí, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.</li> </ul>
<p>Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido la información</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información médica durante los 6 años previos a la fecha en que pregunta, con quién la hemos compartido y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Proporcionaremos una lista al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable y basada en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.</li> </ul>
<p>Obtener una copia de este Aviso de privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia en papel de esta Notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad posible.</li> </ul>
<p>Elegir a alguien que actúe por usted</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted ha otorgado un poder de representación para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.</li> </ul>
<p>Presentar una queja si cree que se violan sus derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos, comunicándose con nuestro Encargado de Privacidad.</li> <li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a></li> <li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li> </ul>

**Sus elecciones**

**Respecto a cierta información médica, puede darnos sus elecciones sobre lo que compartimos.**  
Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones siguientes, comuníquese con nuestro encargado de privacidad sobre su preferencia y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos u otras personas involucradas en su cuidado.
  - Compartamos información en una situación de ayuda durante catástrofes.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si no está consciente, podemos proceder a compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de marketing.
- Venta de su información.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a comunicarnos con usted.

**¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica?**

Normalmente, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes formas.

Brindarle tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén dando tratamiento sin su consentimiento.
- Ejemplo: el fisioterapeuta que lo trata por una lesión comparte sus notas de tratamiento con su médico.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información médica para dirigir nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario sin su consentimiento.
- Ejemplo: utilizamos la información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.*

Facturar sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades sin su consentimiento.
- Ejemplo: damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.*

**¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información médica?**

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras formas, usualmente en las que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones por ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

Ayuda en asuntos de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayudar a retirar productos.
  - Notificar reacciones adversas a medicamentos.
  - Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquiera.

Investigación

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.

**Continúa de la página 3.**  
**Nuestros usos y divulgaciones**

**¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica?**

Típicamente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

- |  |   |
|--|---|
| Cumplir con la ley   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplamos con la ley federal de privacidad.</li> </ul>   |
| Atender solicitudes de indemnización por accidente laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Para los reclamos de indemnización por accidente laboral.</li> <li>— Para fines de aplicación de la ley o con un agente de la ley.</li> <li>— Con los organismos de control médico para las actividades autorizadas por la ley.</li> <li>— Para las funciones especiales del gobierno, como las militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial.</li> </ul> </li> </ul> |
| Responder a demandas y acciones legales  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.</li> </ul>  |

**Nuestras responsabilidades**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le diremos de inmediato si se da un fallo que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita en este Aviso, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo, llenando y firmando nuestro Formulario de Autorización HIPAA. Si usted nos dice que podemos utilizar o compartir su información de forma distinta a la descrita en este Aviso, puede cambiar su opinión en cualquier momento informando por escrito a nuestro Encargado de Privacidad.

**Nota sobre las divulgaciones incidentales**

A pesar de que aplicamos medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger la privacidad de su información médica protegida, la misma puede ser divulgada incidentalmente en relación con usos o divulgaciones de su información permitidos o requeridos de otro modo. Por ejemplo, otros pacientes que se encuentren en el área de tratamiento pueden observar y/o escuchar conversaciones relacionadas con su información médica protegida durante el curso de su sesión de tratamiento. La regla de privacidad de la HIPAA permite dichas divulgaciones incidentales de su información médica protegida.

**Cambios en los términos de este Aviso**

Cambiamos los términos de este Aviso sin notificárselo primero y los cambios se aplican a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Para obtener más información sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad, consulte:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/Noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/Noticepp.html)