



SEGURO COMERCIAL - 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"/>	

(3) Si reclama cobertura de seguro: Marque la opción A o la opción B

A. El paciente es el asegurado (No es necesario llenar el resto de la sección número 2)

B. El asegurado es: Cónyuge Padre

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Sexo registrado		Nacimiento (mes / día / año) _____ / _____ / _____	
Dirección		Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal				
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono						

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

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

(4) Autorización de pago con tarjeta de crédito

¿Quiere un recibo por correo electrónico de cada transacción? Sí No

Por este medio, autorizo a SPEAR Physical Therapy, LLC, 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 SPEAR Physical Therapy, LLC, 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	

* 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 8 en la Página 2



SEGURO COMERCIAL
Formulario de información de paciente y pagador

(5) Información del empleador (por favor, llenar si el empleador del asegurado es el origen de las prestaciones)

Nombre del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Dirección	No. de unidad	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	---------------	--------	--------	---------------

(6) Información del pagador:

Marque aquí si entregó su(s) tarjeta(s) del seguro en la recepción (avance a la sección 7)

Aseguradora primaria:

Nombre de aseguradora: _____ Nombre del asegurado: _____ Tel. aseguradora: _____

ID de paciente No.: _____ Grupo No.: _____ Póliza/Plan No.: _____

Aseguradora secundaria: (si la hay, por favor llene esta información)

Nombre de aseguradora: _____ Nombre del asegurado: _____ Tel. aseguradora: _____

ID de paciente No.: _____ Grupo No.: _____ Póliza/Plan No.: _____

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

_____ **Cesión de prestaciones del seguro**
Iniciales Autorizo que el pago de mis prestaciones de seguro se le haga directamente a SPEAR Physical Therapy, LLC, por cualquier servicio relacionado con mi reclamo de lesión/accidente/enfermedad laboral.

_____ **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.

_____ **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.

(8) Doy fe, a mi leal saber y entender, que la información indicada anteriormente es verdadera y correcta.

Firma/ Fecha:

_____ **Firma del paciente o de su representante legal**

_____ **Fecha de hoy**

Todos los pacientes o sus representantes legales, por favor firmar la Sección 8 en la Página 2



Historial de paciente tratado del suelo pélvico

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Sexo _____ Médico que lo remitió _____

Describa el problema actual por el que viene con nosotros _____

¿Cuándo comenzó originalmente su problema? _____

¿Su primer episodio del problema se relacionó con un incidente específico? Sí / No

Por favor, descríballo y especifique la fecha _____

Desde esa vez, el problema está: Sin cambios ____ Empeorando ____ Mejorando ____

¿Cómo o por qué? _____

Si presenta dolor, califique el dolor en una escala de 0 a 10, donde 10 es lo peor. _____

Describa el tipo de dolor (por ejemplo, ardor constante, dolor intermitente) _____

Describa los tratamientos/ejercicios previos _____

Actividades/eventos que causan o agravan sus síntomas. Marque/circule todas las opciones que correspondan.

___ Estar sentado por más de _____ minutos

___ Caminar más de _____ minutos

___ Estar parado por más de _____ minutos

___ Cambiar de posición (por ejemplo, de sentado a parado)

___ Actividad leve (quehaceres domésticos leves)

___ Actividades vigorosas/ejercicios (correr/levantar peso/saltar)

___ Actividad sexual

___ Otro, por favor, enumere _____

___ Al toser/estornudar/esforzarse

___ Al reír/gritar

___ Al levantar algo/agacharse

___ Con el agua fría

___ Con detonantes – agua/llave en la puerta

___ Con el nerviosismo/ansiedad

___ Ninguna actividad afecta al problema

¿Qué alivia sus síntomas? _____



¿Cómo se ha alterado/cambiado su estilo/calidad de vida debido a este problema?

Actividades sociales (excluir las actividades físicas), especifique _____

Dieta / ingesta de líquidos, especifique _____

Actividad física, especifique _____

Trabajo, especifique _____

Otros _____

¿Cuáles son las metas que usted tiene para su tratamiento? _____

¿Alguna vez ha tenido o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones? Circule las opciones que correspondan

Cáncer	Derrame cerebral	
Problemas cardíacos	Epilepsia/convulsiones	Hipertensión arterial
Esclerosis múltiple	Alergias (listar abajo)	Inflamación de tobillos
Lesión craneal	Sensibilidad al látex	Enfermedad de transmisión sexual
Anemia	Osteoporosis	Abuso físico o sexual
Dolor de la espalda baja	Síndrome de fatiga crónica	Dolores de cabeza
Dolor del sacroilíaco/coxis	Fibromialgia	Diabetes
Afecciones artríticas	Enfermedad renal	Historial de tabaquismo
Problemas infantiles de la vejiga	Fractura por estrés	Síndrome del intestino irritable
Depresión	Artritis reumatoidea	Hepatitis
Anorexia/bulimia	Reemplazo articular	VIH/SIDA

Otros: _____

Historial quirúrgico / de procedimientos

Sí / No	Cirugía de su espalda/columna	Sí / No	Cirugía de su vejiga/próstata
Sí / No	Cirugía de su cerebro	Sí / No	Cirugía de sus huesos/articulaciones
Sí / No	Cirugía de sus órganos femeninos	Sí / No	Cirugía de sus órganos abdominales

Otros/describa: _____

Historial de obstetricia/ginecología (únicamente mujeres)

Sí / No	No. de partos vaginales _____	Sí / No	Resequedad vaginal
Sí / No	No. de cesáreas _____	Sí / No	Menstruaciones dolorosas
Sí / No	No. de partos difíciles _____	Sí / No	Menopausia, ¿cuándo? _____
Sí / No	Prolapso u órgano de fuera	Sí / No	Dolor pélvico
Sí / No	Fecha del último examen gineco obstétrico/otros _____		



Únicamente hombres

Sí / No Trastornos de la próstata

Sí / No Vejiga tímida

Sí / No Dolor pélvico

Sí / No Otros/describa _____

Sí / No Disfunción eréctil

Sí / No Eyaculación dolorosa

Medicamentos – píldoras, inyección, parche

Fecha inicial

Motivo

De venta libre – vitaminas, etc.

Fecha inicial

Motivo

Escriba aquí su inicial si no quiere recibir nuestro Boletín de la Salud Pélvica _____

Firma del terapeuta _____

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"> • 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. • 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.
<p>Pedirnos que corriamos su historial médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Podemos denegar a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
<p>Solicitar comunicaciones confidenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Diremos “sí” a todas las peticiones razonables.
<p>Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
<p>Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido la información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
<p>Obtener una copia de este Aviso de privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Elegir a alguien que actúe por usted</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.
<p>Presentar una queja si cree que se violan sus derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos, comunicándose con nuestro Encargado de Privacidad. • 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 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

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

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"> • 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. |
| Atender solicitudes de indemnización por accidente laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales | <ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted: <ul style="list-style-type: none"> — Para los reclamos de indemnización por accidente laboral. — Para fines de aplicación de la ley o con un agente de la ley. — Con los organismos de control médico para las actividades autorizadas por la ley. — Para las funciones especiales del gobierno, como las militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial. |
| Responder a demandas y acciones legales | <ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación. |

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