

Consentimiento Financiero

Por medio del presente, autorizo al mencionado cesionario a que divulgue toda la información que sea necesaria para garantizar el pago.

Certifico que la información que proporcioné para el pago por mi(s) plan(es) de seguro es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información sobre mí, ya sea médica o de otro tipo, a que le comunique al plan que se identificó anteriormente, a sus intermediarios u operadores cualquier información que sea necesaria para esta u otra solicitud de reintegro del seguro. Solicito que los pagos por beneficios autorizados se realicen en mi nombre a favor de ENT and Allergy Associates of Florida, P.A.. Le cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos al médico u organización que preste los servicios y autorizo a dicho médico/organización para que presente una solicitud de reintegro en mi nombre ante la compañía de seguros identificada anteriormente.

Comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos ya sea que mi compañía de seguros los haya pagado o no, incluyendo cualquier deducible, copago y coaseguro y que los pagos deben hacerse en el momento en que se prestan los servicios.

Comprendo y acepto que en caso de que no cumpla con el pago por los servicios que se me proporcionaron, mi nombre y cuenta podrán ser enviados a un abogado o a una agencia externa de cobro.

Consentimiento de Privacidad

Me proporcionaron una copia o acceso a la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Consentimiento para el Tratamiento

Por medio del presente, otorgo mi consentimiento para atención ambulatoria en el ENT and Allergy Associates of Florida, P.A. que incluye procedimientos diagnósticos de rutina, exámenes y tratamiento médico que involucra, entre otros, exámenes de laboratorio ordinarios (tales como exámenes de sangre, orina u otros estudios), estudios por endoscopio, tomografías computarizadas (Computer Tomography, CT), evaluación de audiología, pruebas y tratamientos para alergias, así como la administración de medicamentos recetados por el médico. Comprendo que los procedimientos y pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente son distintos de mis visitas al consultorio y pueden estar sujetas a un deducible o coaseguro.

Adicionalmente otorgo mi consentimiento para la realización de aquellos procedimientos diagnósticos, exámenes y administración de tratamientos médicos por los médicos y sus proveedores de nivel intermedio, incluyendo audiólogos, asistentes médicos o sus representantes cuando sea necesario según el criterio del médico.

Mensaje del Consentimiento

Nuestra política establece que debemos notificarle oralmente a usted, el paciente, sobre todos los resultados que ordene su proveedor de cuidados y confirmar las citas programadas. Al indicar su respuesta a continuación, autoriza a nuestro personal para que le dejen un mensaje detallado en su buzón de voz o máquina contestadora.

Marque su respuesta: **Sí** **No**

Consentimiento para los PBM

Al firmar el presente formulario de consentimiento, autorizo a ENT and Allergy Associates of Florida a que solicite y utilice mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores a las farmacias para fines relacionados con el tratamiento.

Los Administradores de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefits Managers, PBM) son administradores externos, programas de recetas médicas, cuya responsabilidad principal es procesar y pagar las solicitudes de reintegro por medicamentos. También desarrollan y mantienen formularios que son listas de medicamentos prescindibles que cubre un plan de beneficios particular.

Recordatorios de las Citas

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico y / o mensajes de texto para recordarles de una cita, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y proporcionar recordatorios / información general de salud. Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o mensaje de texto en la que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones / información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o mensaje de texto de la práctica. Basado en la información que se comunica, puede haber un potencial de múltiples textos para proporcionar la información necesaria. Reconozco y doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la práctica a mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios / comentarios / información de salud de citas futuras, a menos que solicite un cambio por escrito o decida excluirme.

La práctica no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas estándar de mensajería de texto según lo dispuesto en su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de precios y los detalles).

(Nombre del paciente en letra imprenta)

Fecha de nacimiento: _____

Reconocimiento de los Formularios de Consentimiento

Yo, el paciente, por medio del presente he leído y comprendido los siguientes:

- Consentimiento financiero
- Consentimiento para el PBM
- Consentimiento de Privacidad
- Mensaje del Consentimiento
- Consentimiento para el Tratamiento

Adicionalmente, reconozco que se me permitió realizar preguntas con relación a dichos Consentimientos.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento de Medicare (aplica SOLO para los beneficiarios de Medicare)

Certifico que la información que proporcioné para la solicitud del pago de conformidad con el Título SVIII o el Título XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquiera de los poseedores de información médica o de otro tipo sobre mí, para que le comunique a la Administración del Seguro Social o a sus operadores intermediarios, cualquier información que sea necesaria para esta u otras solicitudes de reintegro relacionadas de Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos/audiología. Comprendo que soy responsable por mis deducibles y coaseguros correspondientes al seguro de salud.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Coloque el sello aquí o el nombre completo/número de cuenta del paciente

LISTA DE ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

ALERGIAS:

Alergia	Reacción

No se conocen alergias a medicamentos

MEDICAMENTOS: fecha: _____ Conciliado por: _____

Nombre del medicamento	Rayos X = Por prescripción De venta libre (Over the Counter, OTC), vitaminas/minerales, suplemento dietético de plantas	Dosis	Frecuencia	Vía: Oral, tópica, inyección, inhalación

Mensaje del Consentimiento

Nuestra política establece que debemos notificarle oralmente a usted, el paciente, sobre todos los resultados que ordene su proveedor de cuidados y confirmar las citas programadas. Al indicar su respuesta a continuación, autoriza a nuestro personal para que le dejen un mensaje detallado en su buzón de voz o máquina contestadora. **Marque su respuesta:** **Sí** **No**

Firma del paciente/tutor: _____

Nombre del paciente en letra impresa: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

ENT & Allergy Associates of Florida – Información del paciente

Complete todo el formulario

* Las preguntas sobre raza y etnicidad que se le realizan al paciente son exigidas por el Gobierno Federal *

Estimado/titular: Sr. ___ Sra. ___ Srta. ___ Dr. ___

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____

Sex/Sexo: F ___ M ___ Marital Status/Estado Civil: C ___ S ___ D ___ V ___ Otro ___

Marque la respuesta apropiada:

* Raza: Indígena estadounidense/Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro/Afroamericano ___ Se negó a contestar ___

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ___ Otra raza ___ Blanca ___

Marque la respuesta apropiada:

**Etnicidad: Hispano o Latino ___ Ni hispano ni Latino: ___ Se negó a contestar: ___

Religión: _____ Idioma principal: _____ Apellido de soltero(a): _____

Nombre de la parte responsable/fiador: _____

Dirección del paciente: _____

Calle

Ciudad,

Estado

Código postal

Segunda dirección del paciente: _____ Residente de tiempo completo ___ temporal

Número de teléfono del paciente (principal) (_____) _____ Número de teléfono del paciente (celular) (_____) _____

Marque su preferencia sobre cómo contactarlo: Teléfono del hogar: ___ Teléfono celular: ___ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Nombre del empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Vínculo: _____ Teléfono _____

¿A quién debemos agradecerle por referirlo? _____

Médico que refiere: _____ Médico de cuidados primarios: _____

Esta consulta se relaciona con un accidente laboral ___ Accidente automovilístico ___ u otro tipo de accidente _____

Nombre de la farmacia _____ Dirección: _____ Teléfono _____

Información de la compañía de seguros

Compañía de seguros principal: _____ Nombre del afiliado: _____

Vínculos con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Identificación _____ Grupo _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Nombre del afiliado: _____

Vínculo con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Identificación _____ Grupo _____

También autorizo a mi médico y a Ear, Nose & Throat Associates of South Florida para fotografiarme a efectos de la documentación médica. Sí ___ No ___

Firma: _____ Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.
REVÍSELA CON CUIDADO.**

I. Nuestro deber de resguardar su información de salud protegida.

Comprendemos que su información médica es personal y confidencial. Tenga la seguridad de que estamos comprometidos con la protección de su información. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información de salud protegida y que le proporcionemos la presente Notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con relación a la información de salud protegida. La ley nos exige que acatemos los términos de la presente Notificación y nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación, realizando cualquier revisión que corresponda a toda la información de salud protegida que conservamos. Si revisamos los términos de esta Notificación, publicaremos una notificación revisada y realizaremos copias en físico y electrónicas de la presente Notificación de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud Protegida a solicitud. La ley nos exige que le notifiquemos en caso de un incumplimiento con relación a su información de salud protegida.

En general, cuando divulguemos su información personal, solo debemos divulgar la información necesaria para lograr el propósito por el cual se va usar o divulgar dicha información. Sin embargo, toda la información de salud personal que indique estará disponible para divulgación si firma un formulario de autorización, si solicita la información para usted mismo, para un proveedor con relación a su tratamiento o debido a una exigencia legal. No utilizaremos o venderemos ninguna de su información personal para propósitos de mercadeo sin su autorización por escrito.

II. Cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida.

Para usos y divulgaciones que se relacionen con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, no necesitamos una autorización para utilizar y divulgar su información médica:

Para el tratamiento: podemos divulgar su información médica a los médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que estén involucrados en su atención. Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, su médico puede proporcionarle un tratamiento por un problema del corazón y necesita asegurarse que no tenga otros problemas de salud que puedan interferir. El médico podrá utilizar su historial médico para determinar cuál método de tratamiento (tal como un medicamento o una cirugía) es el más conveniente para usted. Su información médica también podrá ser compartida entre los miembros de su equipo de tratamiento o con su(s) farmaceuta(s).

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ M o F

Médico remitente: _____ Farmacia: _____

Médico de atención primaria: _____ **Peso:** _____ **Estatura:** _____

Brevemente, ¿por qué necesita ver al médico hoy? _____

1. Historial del paciente: seleccione su respuesta

	Sí	No		Sí	No
Cáncer (indique los detalles abajo)	()	()	Nasal: Alergias	()	()
Cardíaco: Hipertensión (indique los detalles abajo)	()	()	Nasal: Trauma nasal	()	()
Oído: Mareos	()	()	Nasal: Sangrado	()	()
Oído: Pérdida auditiva	()	()	Nasal: Sinusitis	()	()
Oído: Tinnitus o Zumbido en los oídos	()	()	Neuro:		
Endocrino: Diabetes	()	()	Dolor de cabeza/Migrañas	()	()
Endocrino:Trastornos tiroideos	()	()	Neuro: Sistema nervioso	()	()
Gastrointestinal:			Neuro: Trastorno convulsivo	()	()
Trastornos del intestino	()	()	Oftalm.: Ojos/Glaucoma	()	()
Trastornos del hígado	()	()	Oral: Apnea del sueño	()	()
Trastornos estomacales/úlceras	()	()	Psiq.:Trastornos psiquiátricos	()	()
Reflujo/ERGE/Acidez	()	()	Pulm: Pulmoness	()	()
Inmunológico:			Pulm: Tuberculosis	()	()
HIV	()	()	Urinario:		
Enfermedades inmunes	()	()	Trastornos de la vejiga	()	()
Linfático:			Riñones	()	()
Anemia	()	()	Otro: _____		
Trastornos hemorrágicos	()	()			

Detalles de las repuestas afirmativas: _____

2. Cirugías - Indique alguna cirugía u hospitalización: _____

1. Historia social: ¿Fuma? (Sí o No) Actualmente fuma _____ paquetes de cigarrillos al día.

Fumó _____ paquetes al día y dejó de fumar _____ años.

Consumo _____ bebidas alcohólicas por día / semana / mes (coloque un círculo).

¿Cuántas bebidas con cafeína toma al día? _____

2. Historia familiar: Seleccione su respuesta

	Sí	No		Sí	No
Alergias	()	()	Pérdida prematura del oído	()	()
Cancer	()	()	Sinusitis	()	()
Diabetes	()	()	Apnea del sueño	()	()
Dolor de cabeza/Migrañas	()	()	Trastornos tiroideos	()	()
Enfermedad inmune	()	()			

Detalles de las repuestas afirmativas: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Para obtener el pago: podemos utilizar o divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago por sus servicios de atención médica o para obtener permiso para un plan de tratamiento anticipado. Por ejemplo, para que Medicare o una compañía de seguros pague por su tratamiento, debemos presentar una factura que lo identifique, su diagnóstico y su proveedor de servicios. Como resultado, le transmitiremos este tipo de información de salud a un asegurador para ayudar a recibir el pago por sus facturas de gastos médicos.

Para operaciones de atención médica: podemos utilizar o divulgar su información médica en el transcurso de la operación de nuestra práctica. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para evaluar la calidad de los servicios que se prestan o divulgar su información médica a nuestro contador o a otros profesionales para fines de auditoría.

Adicionalmente, a menos que objete, podemos utilizar su información de salud para enviarle recordatorios de las citas, información con relación a alternativas de tratamiento o sobre otros beneficios de salud relacionados que puedan ser de su interés. Por ejemplo, podemos revisar su registro médico para determinar la fecha y la hora de su próxima cita con nosotros y luego enviarle un recordatorio o llamarlo para ayudarle a recordar la cita. También, podemos revisar su información médica y decidir si puede interesarle otro tratamiento o un servicio nuevo que ofrezcamos.

También podemos utilizar o divulgar su información médica de conformidad con las leyes federales y estatales para los siguientes propósitos:

- Podemos divulgar su información médica a las agencias de policía o a otros funcionarios del gobierno especializados como respuesta a una sentencia del tribunal, citación, orden judicial, comparecencia o proceso similar.
- Podemos divulgar su información médica cuando una ley exija que comuniquemos la información sobre posibles casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; en relación con una posible una actividad criminal o en respuesta a una sentencia del tribunal. También debemos divulgar la información médica a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estas exigencias de privacidad.
- Podemos divulgar la información médica cuando se nos exija recolectar información sobre enfermedades o lesiones, o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública. También podemos divulgar la información médica a la agencia de protección y defensa o a otra agencia responsable de la supervisión del sistema de atención médica con la finalidad de informar o investigar situaciones inusuales.
- Podemos divulgar la información médica con relación a la muerte de un individuo a médicos forenses, examinadores o directores de funerarias, así como a otras organizaciones de adquisición de órganos con relación a la donación de órganos, ojos, tejidos y trasplantes.
- En algunas circunstancias, podemos divulgar la información médica para ayudar en la investigación médica.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, podemos divulgar la información médica a las agencias de policía o a otras personas que puedan prevenir o mitigar la amenaza del daño razonablemente, o para ayudar con la coordinación de los esfuerzos de ayuda durante situaciones de desastres.

- Si personas, tales como miembros de la familia, parientes o amigos personales cercanos están involucrados con su atención médica o le ayudan para pagar sus facturas por gastos médicos, podemos divulgar información importante de su salud con estas personas. También podemos compartir la información médica con estas personas para notificarles sobre su ubicación, condición general o muerte.
- Podemos divulgar su información médica según lo autorice la ley con relación a la compensación de un trabajador o programas similares.
- Podemos divulgar su información médica durante el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica que esta notificación o las leyes que aplican para nosotros no abarquen se realizarán con su autorización por escrito. Si nos otorga el permiso para utilizar o divulgar su información médica, podrá revocar dicho permiso por escrito en cualquier momento. Usted comprende que no es capaz de retractarse de cualquier divulgación que hayamos realizado con su permiso y que se nos exige que conservemos nuestros registros de los cuidados que le hayamos proporcionado.

III. Sus derechos con relación a su información médica.

Tiene varios derechos con relación a su información de salud. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 561-939-0177. Específicamente, tiene los siguientes derechos:

- Tiene el derecho a solicitar que limitemos cómo utilizamos o divulgamos su información médica. Tiene el derecho de solicitar que le enviemos su información a una dirección alternativa o a través de medios alternativos. Tomaremos en consideración su solicitud, pero no estamos obligados legalmente a aceptar la restricción. Aceptaremos su solicitud en la medida que sea razonablemente fácil para nosotros hacerlo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, deber realizar la solicitud por escrito a nuestro departamento de registros médicos. No le pediremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.
- Tiene el derecho de restringir la divulgación de la información médica a un plan de salud en el caso de que haya pagado de su bolsillo dicho servicio o ítem de atención médica por completo.
- Con algunas excepciones (tales como notas de psicoterapia o información recabada para procedimientos judiciales), tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida si realiza su solicitud por escrito. Si no le permitimos el acceso, le entregaremos las razones para la negación por escrito y le explicaremos cualquier derecho para se haga una revisión de la negación. Podremos cobrarle un monto razonable si desea una copia de su información de salud. Tiene derecho a elegir las porciones de su información que desea copiar y a tener la información sobre el costo de las copias previamente.
- Si piensa que existe un error o falta información en nuestro registro de su información médica, puede solicitar que la corrijamos o que la incluyamos en el registro. Su solicitud debe ser por escrito y debe ofrecer una razón del por qué su información de salud debe modificarse. Cualquier negación establecerá las razones

para la negación y explicará sus derechos para obtener la petición y negación, junto con cualquier declaración como respuesta que haya suministrado. Si aprobamos la solicitud de modificación, corregiremos la información médica y le informaremos.

- En algunas circunstancias particulares, tiene el derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica que se hayan realizado durante los últimos seis años. La lista no incluirá divulgaciones que se le hayan realizado usted; a los fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, por las cuales haya firmado una autorización o por otras razones por las que no se nos exija mantener un registro de las divulgaciones. No se cobrará por una lista durante cada periodo de 12 meses. Se podrá cobrar un cargo por solicitudes con mayor frecuencia.
- Tiene el derecho a recibir una copia en físico de la presente Notificación o una copia electrónica en nuestro sitio web. Si recibió una copia electrónica, le suministraremos una copia en físico de la Notificación, a solicitud.

IV. Cómo reclamar por nuestras prácticas de privacidad:

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, tiene preguntas o inquietudes, lo animamos para que se comunique con nosotros.

Si piensa que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información médica, lo animamos para que converse o le escriba a nuestro Oficial de Privacidad. También puede presentar un reclamo por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., en la oficina de la Región IV de la Oficina de los Derechos Civiles. Le proporcionaremos la dirección de correo, a solicitud.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud.

Si tiene preguntas sobre la presente Notificación o reclamos sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad, ya sea por teléfono o por escrito a:

Dawn Villacci, Privacy Officer
1601 Clint Moore Road, Suite 212
Boca Raton, FL 33487
561.939.0175

V. Fecha de entrada en vigor: la presente Notificación entró en vigor el **14 de abril de 2003** y se actualizó el **19 de junio de 2017**.