



www.gastrohealth.com

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza

- Blanca
- Negra / Afro Americano
- Asiático
- Indio Americano / o Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái/ Otra Isla del Pacífico
- Origen Étnico
- Origen Étnico
- Desconocido
- El paciente se niega a proporcionar información

Origen Étnico

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- El paciente se niega a proporcionar información

Sexo

- Hombre
- Mujer
- Otro

Idioma Preferido

- Inglés
- Francés
- Creole
- Español
- Otro: _____

FARMACIA

Nombre _____ Número de Teléfono _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Ninguno

Nombre	Dosis	Cómo se toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONDICIONES MEDICAS PASADAS O PRESENTES

None

AICD Marcapasos	Anemia	Angina	Trastorno de Ansiedad	Artritis	Asma
Coágulos Sanguíneos	Cáncer de Seno	Cáncer de Colon	Cáncer de Cabeza/Cuello	Leucemia/Linfoma	
Cáncer de Pulmón	Cáncer de Próstata	Cáncer de Piel	Cáncer - Otro	Enfermedad Celiaca	
Cirrosis del Hígado	Colitis	Pólipos en el Colon	Enfermedad Pulmonar Crónica	Enfermedad de Crohn	Depresión
Diabetes	Diverticulitis	Endometriosis	Hígado Grasoso	Fibromialgia	Cálculos Biliares
Reflujo Gastroesofágico	Glaucoma	Insuficiencia Cardíaca	Helicobacter Pylori	Hemorroides	
Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis Otro	Hernia de Pared Abdominal	Hernia - Inguinal
Hernia - Umbilical Irritable	Hipertensión	Colesterol Elevado	Triglicéridos Elevados	VIH/SIDA	Síndrome del Colon
Enfermedad Renal/Insuficiencia	Calculo Renal	Intolerancia a la lactosa	Lupus	Esclerosis Múltiple	Infarto Miocárdico
Osteoporosis	Quiste Ovárico	Pancreatitis	Enfermedad de Parkinson	Enfermedad de Transmisión Sexual	
Tuberculina Positiva	Psoriasis	Embolia Pulmonar	Fiebre Reumática	Polio	Apnea del Sueño
Úlcera Estomacal	Derrame Cerebral o Duodenal	Tuberculosis	Prueba de Tuberculosis Cutánea Positiva	Enfermedad de la Tiroides	
Colitis Ulcerosa	Fibromas Uterinos	Other: _____			

ALERGIAS

Desconoce tener alergias

Desconoce alergias a medicamentos

Aspirina	Sulfato de Codeína	Huevos	Yodo o que contenga yodo	Morfina
Penicilina	Sulfa (Sulfonamidas)	Látex	Soya	Otro: _____

ESTUDIOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Ninguno

Colonoscopia	Gastroscopia	ERCP	Biopsia del Hígado	Enteroscopia
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____
Ecografía Endoscópica	Capsula Endoscópica	Prueba de Estrés	Ecocardiograma	
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	

PREVIOUS PROCEDURES

Ninguno

Cirugía Estética del Abdomen	Apendectomía	Cirugía Bariátrica (Banda Gástrica)	Cirugía Bariátrica (Derivación Gástrica)	Cirugía Bariátrica (Manga Gástrica)
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____
Cirugía de Vejiga	Senos	Cesárea	Resección de Colon	Colostomía
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____
Derivación Coronaria	Funduplicatura	Cirugía de Vesícula Biliar	Cirugía de Hemorroides	Histerectomía
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____
Ligadura de Trompas	Cirugía de Ovarios	Próstata	Estómago	Tiroides
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____
Reparación de la Hernia Inguinal		Reparación de la Hernia Umbilical		Otro: _____
Cuándo: _____		Cuándo: _____		

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Ningún conocimiento de la historia familiar

No historia familiar de	Cáncer de Colon	Enfermedad de Crohn	Ulcerative Colitis	Colitis Ulcerosa	Enfermedad Hepática	
Estado de Salud	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Saludable						
Fallecido/a la edad de	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Diagnosticos						
Alcoholismo						
Trastornos de la Coagulación						
Enfermedad Celíaca						
Cáncer de Colon						
Pólipos en el Colon						
Enfermedad de Crohn						
Diabetes						
Problemas del Corazón						
Enfermedad Hepática						
Cáncer Pancreático						
Cáncer de Estómago						
Derrame Cerebral						
Enfermedad de la Tiroides						
Enfermedad Ulcerosa						
Colitis Ulcerativa						

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____ Número de Niños: _____

Estado Civil:

Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Alcohol Ninguno

	Tipo	Cantidad	Numero
Raramente	_____		
Menos de 2 días a la semana	_____		
Más de 2 días a la semana	_____		
Diariamente	_____		
Dejé de usar	_____		

Consumo de Tabaco

Fuma diariamente Fuma ocasionalmente Ex fumador Nunca ha fumado
 Fumador- no se sabe el estatus Fuma poco Fuma mucho No se sabe si ha fumado

Tipo	Comenzó	Dejo de Fumar	Cantidad	Frecuencia
Cigarrillos	_____			
Cigarro	_____			
Tabaco de Mascar	_____			
Pipa	_____			

Uso de Drogas Ninguno

Tipo
 Nunca he usado drogas recreativas Actualmente estoy usando drogas recreativas
 He usado drogas recreativas en el pasado He sido tratado por abuso de sustancias

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

CONSTITUCIONAL

Ninguno SI NO
 fatiga
 fiebre
 sudores nocturnos
 pérdida de peso
 aumento de peso

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICAS

Ninguno SI NO
 infecciones persistentes

OJOS

Ninguno SI NO
 cambio de visión
 dolor en los ojos

OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

Ninguno SI NO
 sangrado de las encías
 ronquera
 llagas en la boca
 hemorragias nasales
 dolor de garganta
 cambio en la voz

ENDOCRINO

Ninguno SI NO
 crecimiento anormal de pelo
 intolerancia al frío
 sed excesiva

RESPIRATORIO

Ninguno SI NO
 desmayo
 dolores de cabeza
 entumecimiento/hormigueo temblores
 debilidad en los brazos
 debilidad en las piernas

CARDIOVASCULAR

Ninguno YES NO
 dolor de pecho con actividad
 falta de respiración con el ejercicio
 dolor en las piernas al caminar
 palpitaciones
 hinchazón de piernas
 desmayos

GASTROINTESTINAL

Ninguno SI NO
 dolor abdominal
 hinchazón abdominal
 eructos
 hinchazón
 sangre en las heces
 cambio en los hábitos intestinales
 estreñimiento
 diarrea
 gas
 acidez
 hemorroides
 ictericia
 náusea
 vómitos
 falta de apetito
 sangrado rectal
 dolor en el recto
 ensuciamiento/incontinencia
 dificultad para traga

HEMATOLÓGICA/LINFÁTICO

Ninguno SI NO
 sangrado fácil
 glándulas agrandadas
 aparición frecuente de moretones

GENITOURINARIO

Ninguno SI NO
 grandamamiento o dolor de senos
 masa en el seno
 cambio en la frecuencia urinaria
 orina oscura
 disminución del flujo de orina
 dolor al orinar
 períodos pesados
 sangre en la orina
 impotencia
 secreción uretral
 incontinencia urinaria

MUSCULOESQUELÉTICO

Ninguno SI NO
 dolor de espalda
 dolor en las articulaciones
 temura muscular
 hinchazón de las articulaciones

INTEGUMENTARIO

Ninguno SI NO
 picazón
 lesiones/nódulos
 erupción
 tatuajes

NEUROLÓGICO

Ninguno SI NO
 mareo
 desmayo
 dolores de cabeza
 entumecimiento/hormigueo
 temblores
 debilidad en los brazos
 debilidad en las piernas

PSIQUIÁTRICO

Ninguno SI NO
 sueño anormal
 ansiedad/nerviosismo
 depresión
 alucinaciones
 pérdida de memoria/confusión
 ataques de pánico
 pensamientos suicidas

VACUNAS

Ninguna

Flu

Hepatitis A

Hepatitis B

Neumonía

HPV (Virus de Papiloma Humano)

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Herpes

Tétanos

Otra:

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información de salud sobre usted y cómo puede usted acceder a esta información. Lea con cuidado.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida (PHI) puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal y otros fuera de nuestro establecimiento que estén involucrados en su atención y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica, pago de sus facturas de atención médica, colaborar con la operación del consultorio del médico y para cualquier otro fin requerido por la ley.

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su PHI puede ser proporcionada a un médico al quien usted haya sido derivado, proveedores de equipo médico duradero, centros de cirugía u hospitales, médicos especializados, médicos de atención primaria, fisioterapeutas, proveedores de salud en el hogar, laboratorios, abogados de compensación de los trabajadores y administradores de casos de enfermería, etc. para garantizar que el proveedor de atención médica disponga de la información necesaria para el diagnóstico o tratamiento.

Pago: Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, para obtener aprobación para una hospitalización, cirugía, resonancia magnética u otros estudios de diagnóstico, procedimientos de inyección, tratamientos con series de inyecciones, fisioterapia, etc., puede ser necesario divulgar su PHI pertinente al plan médico para obtener la aprobación para el procedimiento.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI con el fin de suministrar evidencia para las actividades económicas del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, la evaluación de la calidad, la revisión de los empleados, la capacitación de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y el manejo o coordinación de otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a los estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de inscripción donde se le pedirá su firma y que indique quién es su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita, así como informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si utilizamos o divulgamos su PHI para actividades de recaudación de fondos, le ofreceremos la opción de quedar excluido de esas actividades. También podrá elegir que lo vuelvan a incluir.

Podemos utilizar o divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes situaciones. Estas situaciones incluyen, según lo requiere la ley, problemas de salud pública, enfermedades transmisibles, administración sanitaria, requisitos de supervisión, abuso o negligencia, requisitos de la administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación de los trabajadores, cuestiones relacionadas con presos y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, estamos obligados a revelar información si así lo solicita. Según la ley, también debemos divulgar su PHI cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos se harán únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad para objetar, a menos que lo requiera la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su PHI para fines de comercialización. No podemos vender su PHI sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No utilizaremos ni divulgaremos PHI suya que contenga información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Usted puede revocar su autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o su consultorio haya actuado conforme al uso o divulgación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (se pueden aplicar tarifas) – De acuerdo con su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI ya sea en papel o en formato electrónico. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, PHI de acceso restringido por la ley, información relacionada con investigaciones médicas en las que usted haya accedido a participar, información cuya divulgación pueda causarle daños o lesiones a usted o a otra persona o información obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida – Esto significa que puede pedirnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que no se divulgue ninguna parte de su PHI a los familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación según lo descrito en esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quien quiere usted que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, a menos que usted solicite que el médico no divulgue su PHI a su plan médico con respecto a la atención médica que usted ha pagado en su totalidad.

Tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales – Puede solicitarnos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a pedirnos que le entreguemos una copia impresa de esta notificación, incluso si ya la aceptó por otro medio (por ejemplo, de manera electrónica).

Tiene el derecho de solicitar una corrección a su información de salud protegida – Si rechazamos su solicitud de corrección, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo. A su vez, podemos preparar una refutación a su declaración y proporcionarle una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones – Tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones, impreso o electrónico, excepto de aquellas que se hayan hecho en virtud de una autorización, para fines de tratamiento médico, pago, operaciones de atención médica o aquellas que exija la ley y hayan ocurrido antes del 14 de abril de 2003 o seis años antes de la fecha de la solicitud.

Usted tiene derecho a recibir una notificación de incumplimiento – Le avisaremos si su PHI no asegurada ha sido divulgada de manera ilegal.

Usted tiene derecho a que le entreguemos una copia impresa de esta notificación, incluso si ha aceptado recibirla de manera electrónica. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación y le comunicaremos dichos cambios en la siguiente cita. También habrá copias disponibles de nuestra nueva notificación, por si desea obtener una.

QUEJAS

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles al (800) 368-1019 o por correo electrónico al OCRMail@hhs.gov si cree que sus derechos han sido violados por Gastro Health, LLC, (Gastro Health). Su atención médica no se verá afectada por cualquier queja que haga. Gastro Health no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a aceptar algo que usted considera ilegal. Puede presentar una queja ante nosotros al notificar a nuestro Gerente de Cumplimiento:

Compliance Manager

Gastro Health, LLC - Executive Office
T: 305-913-0682 · F: 305-675-2741
Info@GastroHealth.com

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de las personas y a proporcionarles esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos de la presente notificación. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, pida comunicarse con nuestro Gerente de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número telefónico principal.

Firme el formulario de «Acuse de recibo» que lo acompaña. Tenga en cuenta que al firmar el formulario de acuse de recibo únicamente reconoce que ha recibido o le han dado la oportunidad de recibir una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación por parte de Gastro Health, LLC, (el "Proveedor") de mi información de salud protegida con el fin de diagnosticar o proporcionarme tratamiento médico, para obtener el pago de mis facturas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica del Proveedor. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento que me ofrezca el Proveedor podrán depender de mi consentimiento manifestado mediante mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto al uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. El Proveedor no está obligado a aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si el proveedor acepta una restricción que yo haya solicitado, dicha restricción será vinculante para el proveedor y todos los médicos relacionados con él.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor haya actuado conforme a este consentimiento. Mi "información de salud protegida" hace referencia a la información médica, incluida mi información demográfica provista por mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan médico, mi empleador o un centro de atención médica. Esta información de salud protegida puede estar relacionada con mi salud física o mental pasada, presente o futura y sirve para identificarme o hay una base razonable para creer que puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento. Se me ha hecho entrega de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la realización de operaciones de atención médica del Proveedor. La Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor también se encuentra disponible en la sala de espera. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las obligaciones del Proveedor con respecto a mi información de salud protegida.

El Proveedor y todos los médicos asociados con él se reservan el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una notificación revisada de las prácticas de privacidad al llamar a la oficina y solicitar que se me envíe una copia revisada por correo o al pedir una copia en mi próxima cita médica.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o del Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

DOCUMENTACIÓN DE ESFUERZOS DE BUENA FE

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

El paciente se presentó para el tratamiento en esta fecha y se le entregó una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Proveedor. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito de que se recibió la notificación. Sin embargo, no se obtuvo un acuse de recibo debido a:

El paciente se negó a firmar.

El paciente no pudo firmar ni indicar sus iniciales debido a:

Surgió una emergencia médica (el Proveedor intentará obtener el acuse de recibo en la próxima oportunidad disponible).

Otra razón, que se describe a continuación:

Firma del empleado que llena el formulario:

x _____ Nombre: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se apliquen a sus decisiones en relación con la divulgación de información de salud protegida. Las entidades cubiertas, como se las define en la HIPAA, deben obtener una autorización firmada por la persona o su representante legal autorizado para divulgar la información protegida de salud de esa persona. No se requiere autorización para las divulgaciones que estén relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, determinadas funciones de seguro y con otros procedimientos que la ley autorice. No se le puede negar el tratamiento a alguien con el fundamento de no haber firmado este formulario de autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO(S) NOMBRE(S) QUE UTILIZA _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **CÓDIGO POSTAL** _____

TELÉFONO (____) _____ **TELÉFONO ALT.** (____) _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): _____

AUTORIZO A GASTRO HEALTH, SUS SUBSIDIARIOS Y AFILIADOS A DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD DE LA PERSONA:

Nombre de la Persona/Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD? Podemos revelar su información protegida de salud a su: cónyuge, hijo(s) adulto(s), hermano/hermana, u otro (por ejemplo: abogados, compañía de seguros de vida, u otra entidad)? Si es sí, por favor escriba su nombre, información y relación a usted.

Nombre de la Persona/Organización _____

Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE? Complete los siguientes datos e indique los puntos que desea que se divulguen. Se requiere la firma del paciente menor de edad para la divulgación de algunos de estos puntos. Si se va a divulgar toda la información de salud, entonces marque únicamente el primer casillero.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la Información de Salud | <input type="checkbox"/> Las Órdenes Médicas | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Información de Facturación |
| <input type="checkbox"/> Historial/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Alergias del Paciente | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta Médica | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Pasados/Actuales | <input type="checkbox"/> Informes Operativos | <input type="checkbox"/> Informes de Estudios de Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Imágenes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de Consulta | <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Para divulgar la siguiente información se requieren sus iniciales:

_____ Historial de Salud Mental (sin incluir las notas de psicoterapia)	_____ Información Genética (incluidos los Resultados de los Estudios Genéticos)
_____ Historiales de Abuso de Drogas, Alcohol u otras Sustancias	_____ Resultados de Estudios/Tratamiento de VIH/SIDA

¿CÓMO PODEMOS COMUNICAR CON USTED? Por favor escriba el número de teléfono y / o correo electrónico, donde se puede hablar con usted acerca de sus citas o resultados.

El propósito de este formulario es cumplir con los requisitos de las Normas de Privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Las entidades cubiertas, como se las define en la HIPAA, deben obtener una autorización firmada por la persona o su representante legal autorizado para divulgar la información protegida de salud de esa persona. No se requiere autorización para las divulgaciones que estén relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, determinadas funciones de seguro y con otros procedimientos que la ley autorice. (Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R., Título 45, incisos 164.502 (a) (1); 164.506 y 164.508). La autorización provista mediante el formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información protegida de salud de la persona en cuestión a la organización, entidad o persona indicada en el formulario, incluso mediante cualquier medio electrónico.

Definiciones - En el formulario, los términos "tratamiento", "operaciones de atención médica", "notas de psicoterapia" e "información de salud protegida" se definen según la HIPAA (Código de Reglamentaciones Federales, CFR, 45, 164.501). Para los fines de este formulario, "representante legal autorizado" incluye a toda persona autorizada para actuar en nombre de otra persona.

Información de Salud a Divulgar - Si se selecciona divulgar "Toda la Información de Salud", se incluye, entre otras cosas, todos los historiales y datos relacionados con el historial médico, el tratamiento, la hospitalización, estudios médicos y atención ambulatoria, así como los historiales educativos que puedan contener información de salud. Como se indica en el formulario, se requiere una autorización específica para divulgar información sobre ciertas enfermedades delicadas, entre ellas:

- Historial de salud mental (sin incluir las "notas de psicoterapia", según lo define la HIPAA en el Código de Reglamentaciones Federales, CFR, 45, 164.501)
- Historiales de abuso de drogas, alcohol u otras sustancias
- Historiales o estudios relacionados con el VIH/SID
- Estudios o enfermedades genéticas (hereditarias) (excepto en los casos prohibidos por el Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R. Título 45, inciso 164.502)

Nota sobre la Divulgación de Historiales Médicos - Este formulario no es necesario para la divulgación autorizada de la información protegida de salud a la persona o a su representante legal autorizado. (Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R. Título 45, incisos 164.502 (a) (1) (i), 164.524) Sin embargo, el proveedor de atención médica puede usar este formulario como registro de las divulgaciones autorizadas de información de salud protegida. Si solicita una copia de los historiales médicos de la persona junto con este formulario, la ley estatal y federal permite el acceso, a menos que el médico o proveedor de atención médica determine que dicho acceso es nocivo para la salud física, mental o emocional del paciente. (Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R. Título 45, inciso 164.502 (a) (1)).

Si se especifica un proveedor de atención médica en la sección "Quién Puede Recibir y Utilizar la Información de Salud" de este formulario, entonces el permiso para recibir información protegida de salud también incluye a médicos, otros profesionales (como enfermeras y personal médico) que participan de la atención médica que recibe la persona en las instalaciones de la entidad o en el consultorio de esa persona, proveedores de atención médica que se ocupan temporalmente de la persona u organización especificada y miembros del personal o agentes (como los socios o las organizaciones de servicios calificados) que llevan a cabo actividades y fines permitidos por la ley para esa persona o entidad cubierta especificada. Si se especifica una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica, entonces el permiso para recibir información protegida de salud también incluye al personal o a los agentes y subcontratistas de la organización que realizan actividades y persiguen fines permitidos por este formulario para esa organización. Las personas pueden tener derecho a restringir ciertas divulgaciones de información protegida de salud que estén relacionadas con servicios pagados en su totalidad por ellas mismas (Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R. Título 45, inciso 164.522 (a) (1) (vi)).

Autorizaciones para Venta, Comercialización o Investigación - Si esta autorización se realiza para fines de comercialización o venta y la entidad cubierta recibirá una remuneración directa o indirecta de un tercero en relación con el uso o divulgación de la información de la persona para fines de comercialización, la autorización debe indicarle claramente a la persona que esa remuneración se producirá. (Código de Regulaciones Federales, Título 45, inciso 164.508 (a) (3), (4)).

Límites de este formulario - Este formulario de autorización no podrá utilizarse para la divulgación de información de salud relacionada con: (1) inscripción en el plan de beneficios médicos o determinaciones relacionadas con la inscripción (C.F.R., Título 45, incisos 164.508 (b), (4), (ii), -508 (c), (2), (ii)); (2) notas de psicoterapia (C.F.R., Título 45, incisos 164.508 (b), (3), (ii) (3)); o con fines de investigación (C.F.R., Título 45, inciso 164.508 (b), (3), (i)). El uso de este formulario no exime a ninguna entidad del cumplimiento de las leyes o reglamentos federales o estatales correspondientes al acceso, uso o divulgación de información de salud u otra información personal (por ejemplo, el Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R., Título 42, Parte 2, que restringe el uso de la información relativa al abuso de drogas o alcohol y su tratamiento). Tampoco da derecho a una entidad ni a sus empleados, agentes o cesionarios a la limitación de su responsabilidad por actos u omisiones en relación con el acceso, uso o divulgación de la información de salud obtenida mediante el formulario.

Derecho a Recibir una Copia - La persona o su representante legal autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

PLAZO DE VIGENCIA: Esta autorización estará vigente hasta que ocurra lo siguiente: la persona muera, alcance la mayoría de edad, se revoque la autorización, o en la siguiente fecha (opcional): **Mes** _____ **Día** _____ **Año** _____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo anular mi consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito que indique mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada en "¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?". Entiendo que eso no afectará las acciones anteriores tomadas en virtud de esta autorización por parte de las entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica. Si revoco esta Autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **GASTRO HEALTH, LLC, 9500 S. Dadeland Blvd. Suite 200, Miami, FL 33156 A la atención de: Director de Privacidad.** Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en virtud de esta Autorización y a mi compañía de seguros en los casos en que la ley otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo en relación con mi póliza.

INVESTIGACIÓN: Entiendo que si el tratamiento proporcionado está relacionado con una investigación para la que he dado mi consentimiento, para realizar dicho tratamiento es necesario contar con mi autorización para toda divulgación que tenga fines investigativos. Entiendo que si no firmo esta autorización, el Proveedor de atención médica no me proporcionará el tratamiento relacionado con la investigación.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE LA FIRMA: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información según se los describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no evita la divulgación de información de salud que se haya producido con anterioridad a la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluida la divulgación a las entidades cubiertas según lo dispuesto en el Código de Reglamentaciones Federales, C.F.R. Título 45, inciso 164.502 (a) (1). Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podrá estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X _____
Firma de la Persona o del Representante Legal Autorizado FECHA

Nombre en Letra de Imprenta del Representante Legal Autorizado (si corresponde): _____

Si se trata del representante, especifique la relación con la persona: Padres del menor Tutor Otro

FIRMA X _____
Firma del Menor de Edad FECHA

Método de Envío: Correo Fecha de recolección : _____

Formato solicitado: Papel CD (solo para imágenes de diagnóstico)

Los historiales se enviarán por correo automáticamente 10 días después de la fecha de recolección. (Iniciales) _____

Tarifas: De acuerdo con el F.S. (Leyes de Florida) 395.3025, para centros sanitarios y centros de cirugía ambulatoria autorizados, la tasa por una copia del historial médico es de \$1.00; la tasa de búsqueda para cada año en que se la solicita es de \$1.00 por página para los documentos en papel y de \$2.00 por página para los historiales no impresos, más el impuesto de venta y los gastos de envío por correo. Según el F.S. 456.057 y el F.A.C. (Código Administrativo de Florida) 64B8-10.003, la tarifa de los profesionales y consultorios médicos para una copia del historial médico es de \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y de \$0.25 por página, a partir de esa cantidad. Los costos razonables de reproducción de rayos X y otros tipos especiales de historiales médicos serán los costos reales. La expresión "costos reales" significa el costo de los materiales y suministros utilizados para duplicar el historial, así como los costos de trabajo y los gastos generales asociados con esa duplicación.

Estoy informado de la tarifa por las copias (Indique sus iniciales) _____