

**SOCIOS DEL MÉDICO DE TMH  
FORMA DE REGISTRO PACIENTE**

**INFORMACIÓN PACIENTE**

Nombre completo paciente: El paciente del \_\_\_\_\_ prefiere ser llamado: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguridad Social #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo:  Varón  Hembra  
Dirección que envía: \_\_\_\_\_ conveniente/Unit#: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado del \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono casero: teléfono del \_\_\_\_\_ Work del \_\_\_\_\_ Cell del \_\_\_\_\_  
Estado civil:  Solo  Casado  Divorciado  Widowed  Separado Email: \_\_\_\_\_  
Referir a médico: \_\_\_\_\_ Médico primario del cuidado del \_\_\_\_\_  
Nombre del patrón del paciente: \_\_\_\_\_  
Empleo:  A tiempo completo  Por horas  No trabajando  Uno mismo Emp  Retirado  Militar  
Estudiante:  A tiempo completo  Por horas  N/A  
Nombre del contacto de la emergencia: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono del contacto de la emergencia: \_\_\_\_\_ Contacto de la emergencia el otro teléfono: \_\_\_\_\_

**PARA LOS NIÑOS - información del garante/responsable del pago:**

Nombre del garante: Relación del garante del \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del garante: Dirección del \_\_\_\_\_ Garantador: \_\_\_\_\_ conveniente/Unit#: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado del \_\_\_\_\_: Código postal del \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PLAN PRIMARIO - INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
CERT/política #: Nombre de grupo \_\_\_\_\_  
Group#: Teléfono # de la política del \_\_\_\_\_  
Relación a los asegurados:  Uno mismo  Esposo  Niño  Otro

**Si usted no es el sostenedor de política, termine por favor el siguiente:**

Nombre del sostenedor de política: Dirección del \_\_\_\_\_: Ciudad del \_\_\_\_\_: ST del \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Cierre relámpago:  
Fecha de nacimiento de sostenedor de política: \_\_\_\_\_ Sexo del sostenedor de política:  Varón  Hembra

**INFORMACIÓN DEL SEGURO - PLAN SECUNDARIO - INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
CERT/política #: Nombre de grupo del \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
Group#: Teléfono # de la política del \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
Relación a los asegurados:  Uno mismo  Esposo  Niño  Otro

**Si usted no es el sostenedor de política, termine por favor el siguiente:**

Nombre del sostenedor de política: Dirección del \_\_\_\_\_: Ciudad del \_\_\_\_\_: ST del \_\_\_\_\_: Cierre relámpago: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de sostenedor de política: \_\_\_\_\_ Sexo del sostenedor de política:  Varón  Hembra

**EDUCACIÓN:** Deseamos proporcionar la educación con respecto a sus condiciones de la salud y quisiéramos saber el siguiente:

**Mi método de enseñanza preferido es:**  No tengo ninguna preferencia  Materiales escritos de la educación  Demostración

**Barriers a aprender:**  Barrera lingüística  Vista pobre  Audiencia pobre  Otro \_\_\_\_\_  
 Ningunas barreras

Usted tienen gusto alguien con usted durante cualquier educación? (Nombre) \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_

**Lengua primaria:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Asiático  Americano africano  Indio americano  caucásico otro

**Pertenencia étnica:**  Hispanico o Latino  No hispanico o Latino  Otro: \_\_\_\_\_

**Preferencia del contacto:**  Teléfono  Email  Ambo teléfono/email

SOCIOS DEL MEDICO DE TMH  
ASIGNACIONES y AUTORIZACIONES

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**1. CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO**

Consiento por este medio a y autorizo el funcionamiento de todos los procedimientos y cursos del tratamiento apropiados, la administración de anestésicos y/o los bloques locales, y cualquiera y todas las medicaciones y procedimientos técnicos que en el juicio del abastecedor de Healthcare el atender y el consultar se puedan considerar necesarios y recomendables para tratar mientras que soy un paciente de un médico en el empleo de los socios del médico de TMH. Entiendo que un consentimiento informado adicional sería obtenido de mí después de que una explicación completa antes de cualquier tipo de cirugía o de procedimiento invasor fuera hecha. Además, consiento a la disposición apropiada de los socios del médico de TMH de cualquier espécimen o de otros materiales corporales quitados durante procedimientos técnicos o para los propósitos de prueba. Estoy enterado que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados de ningunas terapias y o de procedimientos.

**2. OBJETOS DE VALOR PACIENTES DE S**

Los socios del médico de TMH no aceptan la responsabilidad de ninguna característica personal (monetario o sentimental).

**3. ASIGNACION DE LAS VENTAJAS DE SEGURO**

Certifico por este medio que la información siguiente dada a mí en solicitar el pago bajo títulos XVIII y XIX del acto de la Seguridad Social o por cualquier payors de tercera persona está correcta. Asigno el pago a Tallahassee Healthcare conmemorativo y sus socios del médico de TMH de todos me benefician debido bajo términos de las políticas y de los programas dichos. Asigno el pago a los médicos que rinden a los servicios médicos, al especialista in-hospital, y a los médicos para quienes la organización se autoriza para mandar la cuenta con respecto a sus servicios. Entiendo que me requieren pagar cualquier deductibles del seguro médico , coinsurance/los copayments o cualesquiera otras cargas incurridos en por los cuales no sean pagados por mi seguro u otros payors de tercera persona junto con todos los costes de la colección, en caso de necesidad, incluyendo el honorario de un abogado razonable si está recogido o a través de un abogado en la ley.

**4. LANZAMIENTO DE LA INFORMACION**

Autorizo por este medio Tallahassee Healthcare conmemorativo y sus socios del médico de TMH y cualquier médico que me examinan y/o que tratan para lanzar cualquier información y expedientes médicos referentes diagnosis y al tratamiento durante el tratamiento el hospitalizado o del paciente no internado para su uso con respecto a determinar una demanda para el pago para tal tratamiento y/o diagnosis.

**5. CONSENTIMIENTO A ENTRAR EN CONTACTO CON**

Proporcionando un número de teléfono sin hilos y/o residencial y/o una dirección del email, expreso consiento a la recepción viva, autodialed y/o grabé llamadas del mensaje de antemano, los mensajes del texto y/o los email de TMH y/o sus afiliados, los agentes, los contratistas o los socios (que incluyen pero no limitados a los recaudadores de los terceros) en cualquier número de teléfono o email address, es celular, residencial u otro, asociado a mi explique cualquier propósito (que incluye pero no limitado al reembolso o al pago de la deuda) referente a los servicios proporcionados por Tallahassee Memorial Healthcare y sus socios del médico de TMH.

**6. GARANTÍA DE LA ELEGIBILIDAD DE HMO**

Certifico por este medio que si me alistan en un HMO y/o un Medicaid HMO que estoy recibiendo servicios del healthcare a través del médico primario del cuidado a que he elegido o me he asignado yo. Entiendo que si el antedicho no es verdad o si no soy elegible de conformidad con mi acuerdo médico y del hospital del suscriptor del seguro médico, yo soy obligado para todas las cargas para los servicios rendidos. También, si el antedicho no es verdad, convengo la paga por completo para todos los servicios recibidos dentro de treinta (30) días de recibir una declaración/una cuenta de Tallahassee Healthcare conmemorativo y sus socios del médico de TMH.

**7. NOTIFICACIÓN DE LA AISLAMIENTO**

He recibido el aviso de los socios del médico de TMH Aviso de las prácticas de la aislamiento y entienda que puedo obtener una copia de este aviso por requerimiento.

Mi firma abajo representa que he leído el antedicho y de tal modo doy mi acuerdo y autorización a todo el antedicho.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente (si firma en su favor)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE: Tallahassee Memorial Hospital y Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003 Fecha de Revisión: 1 de septiembre de 2013

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de los pacientes hospitalizados, departamentos ambulatorios y unidades del Tallahassee Memorial Hospital y todas las instalaciones operadas por el Tallahassee Memorial HealthCare, Inc., con la excepción del Tallahassee Memorial Behavioral Health Center.

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA UIDADOSAMENTE.**

## A. OBJETIVO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se hace un registro de la atención y los servicios que recibe cada vez que usted se atiende en nuestro hospital o en uno de nuestros centros afiliados. Este registro documenta cosas tales como su examen físico, resultados de los análisis, diagnósticos, tratamientos, planes para el cuidado futuro e información relacionada con la facturación. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación describe el tipo de información que recopilamos sobre usted mientras usted es un paciente, con quién podemos compartir esta información, y las garantías que tenemos para proteger la información. Se aplica a todos los registros de su atención generados por el personal del hospital, agentes del hospital, o por su médico. Tenga en cuenta que su médico le puede proporcionar una notificación con respecto al uso y divulgación de su información médica en su consultorio particular.

## B. NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener en privado cualquier información médica que lo identifique a usted y proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Seguiremos las leyes aplicables y los términos de la notificación que están actualmente en vigor.

## C. CÓMO PODRÍAMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

### 1. Usos y divulgaciones permitidos y requeridos de su información médica que NO requieran su autorización por escrito o la oportunidad para que usted se oponga o esté de acuerdo

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podremos usar y revelar la información médica y ejemplos de cada una. No se enumerarán todos los posibles usos o divulgaciones en una categoría.

**Para el tratamiento:** Podremos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podremos revelar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, practicantes u otros profesionales de la salud que participen en su cuidado. Por ejemplo, es posible que un médico que le brinde atención por una pierna rota necesite saber si usted sufre de diabetes ya que la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Diferentes profesionales de la salud también pueden compartir su información médica con el fin de coordinar las diferentes atenciones que usted pueda necesitar, como los medicamentos, análisis de laboratorio, comidas y radiografías. También podremos revelar su información médica a personas fuera de las instalaciones que puedan estar involucradas en su atención médica después de ser dado de alta o que prestan servicios que son parte de su cuidado continuo.

**Para el pago:** Podremos usar y revelar información médica sobre su tratamiento y servicios para facturarle y cobrarle el pago a usted, a su compañía de seguros o un tercero que realice los pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su compañía de seguros información acerca de su tratamiento para que ellos nos realicen los pagos o le reembolsen su dinero. También podremos usar y revelar su información médica para obtener la aprobación previa o determinar si su plan de seguro cubrirá el tratamiento. Es posible que nos comuniquemos con usted por propósitos de facturación/cobro. Esto puede incluir dejar un mensaje en su máquina contestadora/buzón de voz.

**Para operaciones de atención médica:** Los miembros de nuestro personal médico, departamentos clínicos y unidades administrativas podrán utilizar la información de su registro médico para revisar la atención y los resultados de su caso y otros similares. Esto es necesario para una mejora continua en la calidad de la atención brindada a los pacientes que atendemos. Por ejemplo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, practicantes, estudiantes de medicina y demás personal de la institución para la revisión y el aprendizaje. Podremos combinar la información médica de varios pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos. Esta información puede combinarse con la de otras instituciones para el estudio de la prestación de atención médica. Podremos quitar información que lo identifique de este conjunto de información médica para proteger su privacidad. También podremos utilizar y revelar su información médica para evaluar su grado de satisfacción con nuestros servicios y para analizar la competencia de los profesionales de la salud.

**Socios Colaboradores:** Ciertos servicios se prestan en nuestra organización a través de contratos con socios colaboradores. Podremos revelar su información médica a nuestros socios colaboradores para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado. Algunos ejemplos son las empresas de contadores públicos certificados cuyos servicios de contabilidad involucran el acceso a información médica protegida, centros de intercambio de información médica que transmiten las reclamaciones en nuestro nombre, los transcritores médicos independientes que escriben los informes médicos, o un servicio de copiado donde sacamos copias de sus registros médicos. Para proteger su privacidad, requerimos que cada socio colaborador firme un acuerdo que lo obligue a utilizar las medidas adecuadas para proteger su información médica.

**Médicos forenses y Directores de funerarias:** De acuerdo con la ley aplicable, podremos utilizar y revelar su información médica a los directores de funerarias y médicos forenses si usted fallece.

**Investigación:** Podremos revelar información a investigadores una vez que una junta de revisión institucional, que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica, haya aprobado la investigación y concedido una exención del requisito de autorización.

**Comunicaciones futuras:** Podremos comunicarle a usted a través de boletines, envíos por correo u otros medios, opciones de tratamientos, información relacionada con su salud, programas de control de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que nuestras instituciones estén participando.

**Según lo requerido por la Ley:** Revelaremos su información médica cuando la ley federal, estatal o local así lo requiera. Esto puede incluir, pero no se limita a, las solicitudes de los siguientes tipos de entidades: 1) Administración de Alimentos y Medicamentos, 2) Autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; 3) Autoridad Gubernamental que por ley recibe los informes de abuso y negligencia infantil, 4) Servicios de Protección para las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; 5) Instituciones Correccionales; 6) Agentes de Compensación de Trabajadores, 7) Organizaciones de donación de órganos y tejidos; 8) Autoridades de comando militar; 9) Agencias de Supervisión de la Salud, 10) Seguridad Nacional y Agencias de Inteligencia; 11) Servicios de Protección para el Presidente y otros.

**Aplicación de la Ley/Procedimientos Legales:** Podremos revelar información médica para propósitos de aplicación de la ley según lo requiera la ley o en respuesta a una citación válida.

**Recordatorios de citas:** Podremos usar y revelar información médica para comunicarnos con usted con el fin de recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica. Esto puede incluir dejar un mensaje en su máquina contestadora/buzón de voz.

**Actividades de recaudación de fondos:** Podremos utilizar su información médica con la intención de recaudar fondos para Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. y sus operaciones. Podremos revelar cierta información a la Fundación TMH para que esta pueda recaudar dinero para el hospital. Usted tiene el derecho de solicitar (exclusión voluntaria) que no lo contactemos para la recaudación de fondos. **Si usted no desea ser contactado para la recaudación de fondos, debe notificarnos según se indica en la comunicación de la recaudación de fondos (por correspondencia), o comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad por teléfono o por escrito al número o dirección que figuran en la última página.**

**Entidades de cobertura afiliadas:** La información médica protegida estará a disposición del personal en todos los establecimientos afiliados y gestionados por Tallahassee Memorial HealthCare como sea necesario para realizar el tratamiento, pago y actividades de atención médica. Los prestadores de servicios médicos de otros establecimientos pueden acceder a información médica protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información del tratamiento previo ya que esto podría afectar al tratamiento en este momento. **Comuníquese con el Oficial de Privacidad del TMH para obtener más información sobre los sitios específicos que están afiliados al TMH.**

**Arreglo organizado de atención médica:** Nuestras instalaciones y sus miembros del personal médico comparten un arreglo organizado de atención médica. La información se compartirá conforme sea necesario para realizar el tratamiento, pago y actividades de atención médica. Los médicos y los cuidadores pueden tener acceso a información médica protegida en sus oficinas para ayudar a revisar el tratamiento previo ya que esto podría afectar el tratamiento en ese momento.

## 2. Usos y divulgaciones de su información médica que SÍ requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse o aceptar

Podremos revelar los siguientes tipos de su información médica solo si se le informa con antelación el uso y revelación y si ha tenido la oportunidad de aceptar o prohibir o restringir el uso y divulgación de esta información. Podremos informarle verbalmente o por escrito estos tipos de usos y divulgaciones, y usted podrá aceptar u objetar verbalmente o por escrito a estos usos y revelaciones.

**Directorio:** Podremos incluir cierta información limitada sobre usted en nuestro directorio de la institución mientras usted sea un paciente. Esta información puede incluir su nombre y ubicación, (ya sea un paciente hospitalizado, paciente ambulatorio o paciente del Centro de Emergencias). También puede incluir su estado general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. Esta información podrá ser proporcionada a miembros del clero y, excepto por cuestiones de afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre. **Si no desea ser incluido en el directorio, avise al personal de registro y solicite el "Formulario de exclusión voluntaria".**

**Personas involucradas en su atención médica o en el pago de la misma:** Podremos revelar su información médica a un amigo o miembro de su familia que esté involucrado en su atención médica. También podremos dar información a alguien que sea responsable de o que ayude a pagar por su atención médica. Además, podremos revelar su información médica a una entidad que proporcione asistencia en caso de un desastre, a fin de que su familia pueda ser informada sobre su condición, estado y ubicación.

**3. Usos y divulgaciones de su información médica que requieran su autorización** Los siguientes usos y divulgaciones se podrán llevar a cabo solo con su consentimiento por escrito: 1) La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia, 2) Divulgaciones que constituyan la venta de su información médica protegida, 3) Usos y divulgaciones para fines de marketing.

## D. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Su expediente médico es propiedad física del médico o de la institución que lo confeccionó; de todas formas **usted tiene derecho a:**

**Inspección y copia:** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. **Para inspeccionar y obtener una copia de su información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Director, a Registros Médicos en la dirección al final de esta notificación.**

Si usted solicita una copia de la información, podremos cobrarle los costos de copiado, envío por correo u otros gastos relacionados con su solicitud. Podremos negar su solicitud para inspeccionar y copiar la información en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado elegido por Tallahassee Memorial HealthCare revisará su solicitud y la negación. Nosotros cumpliremos con lo resuelto en esta revisión.

**Enmiendas:** Si usted piensa que la información médica que poseemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para la institución. **Para solicitar una enmienda, su petición debe hacerse por escrito y presentarse a nuestro Oficial de Privacidad.** También, usted debe exponer una razón que respalde su petición. Podremos negar su solicitud de enmienda, y si esto ocurre, usted será notificado respecto a los motivos de la denegación.

**Rendición de cuentas de las divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones. Esto consiste en una lista de ciertas divulgaciones de su información médica que realizamos para otros propósitos fuera de tratamientos, pagos u actividades de cuidado de la salud en las que no se requiere una autorización. **Para solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones, debe entregar una petición por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.**

**Solicitud de restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar la restricción o limitación de su información médica que usamos o revelamos para tratamientos, pagos u actividades de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar limitaciones en la información médica que revelemos a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su atención médica, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía a la que usted se haya sometido. Con la excepción de «Pagos de su bolsillo», que se describen a continuación, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Para solicitar restricciones, usted debe hacer su petición por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.** En su petición, usted debe comunicarnos (1) qué información desea limitar, (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones. Las restricciones pueden ser terminadas por su acuerdo verbal o escrito, por su solicitud por escrito o en el momento en que usted reciba una notificación de nuestra parte de que damos por finalizado el acuerdo para una restricción.

Para solicitar restricciones con respecto a su presencia o ubicación en el establecimiento,

debe hacerlo saber cuando se registre o ingrese como paciente.

**Pagos de su bolsillo:** Si usted prefiere que no le facturemos a su compañía de seguros un artículo o servicio en particular y si usted ha pagado en tiempo de su bolsillo la totalidad de dicho artículo o servicio, entonces usted tiene el derecho a solicitar que su información médica protegida con respecto a dicho artículo o servicio no sea revelada a una compañía de seguros con fines de pago o de actividades de atención médica, y nosotros respetaremos esa petición. Su petición para limitar la divulgación de esta manera deberá ser presentada por escrito.

**Solicitud de comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto a asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que lo llamemos a su trabajo en lugar de su hogar. El hospital cumplirá con las solicitudes razonables de comunicación confidencial a ubicaciones alternativas o a través de medios alternativos **solo si la solicitud es presentada por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.** No le preguntaremos la razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Notificación de una violación:** Usted tiene el derecho a ser notificado de cualquier violación de su información médica protegida no asegurada.

**Una copia impresa de esta notificación:** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de esta notificación en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir esta notificación de manera electrónica, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de la misma. Usted puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web, [www.tmh.org](http://www.tmh.org). **Para obtener una copia impresa de esta notificación, solicite una cuando se registre o ingrese como paciente o póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad.**

## E. OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por esta notificación o las leyes aplicables se harán solo con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar su información médica, usted puede revocar ese permiso por escrito a nuestro Oficial de Privacidad, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros no usaremos ni revelaremos su información médica por las razones expuestas en su autorización escrita. Usted entiende que no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención médica que le hayamos brindado.

## F. MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho a modificar la presente notificación y la notificación resultante revisada o modificada regirá para la información que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La presente notificación se publicará en la institución e incluirá la fecha de entrada en vigencia. Usted tiene el derecho a obtener una copia de la notificación actualizada si así lo solicita.

## G. RECLAMOS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar un reclamo ante el Oficial de Privacidad del TMH a la dirección que figura abajo o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todos los reclamos deben ser presentados por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una reclamación.**

## H. OFICIAL DE PRIVACIDAD DEL TALLAHASSEE MEMORIAL HEALTHCARE

Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad del TMH al 850-431-5339. Las peticiones o preguntas por escrito pueden ser enviadas a:

Privacy Officer o Director, Medical Records (para solicitudes de copias de registro)  
Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.  
1300 Miccosukee Road  
Tallahassee, FL 32308

Secretary of the Department of Health and Human Services  
Region IV-Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Atlanta Federal Center, Suite 3B70  
61 Forsyth Street, SW  
Atlanta, GA 30303-8980  
Teléfono: 404-562-7886 Fax: 404-562-7881  
[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

**SOCIOS DEL MÉDICO DE TMH  
AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO  
DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Último

Primero

Centro (virginal)

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Médico/hospital a Lanzamiento Información:**

**Médico/hospital a Reciba Información:**

Nombre

Nombre

Dirección

Dirección

Número de teléfono                  Número de fax

Número de teléfono                  Número de fax

**Información específica que se lanzará**

Expedientes de la radiología: \_\_\_\_ Expedientes del laboratorio: \_\_\_\_ ER expedientes: \_\_\_\_

Historia y comprobación: \_\_\_\_ Notas de la oficina: \_\_\_\_ Expedientes de Rehab: \_\_\_\_ Notas operativas: \_\_\_\_

Informes de la patología: \_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Fechas del servicio:** \_\_\_\_\_

**Para el propósito de:**  Cuidado adicional  Seguro  Legal  Transferencia personal  del uso del cuidado  
 El otro \_\_\_\_\_

**Esta autorización expirará encendido :** \_\_\_\_\_

(si no se especifica ninguna fecha, expirará noventa días después de la fecha que se firma).

**Entiendo que la información en mi expediente de la salud puede incluir la información en lo que concierne:**

- Enfermedad sexual transmitida
- Síndrome adquirido de la inmunodeficiencia (SIDA) o síndrome humano de la inmunodeficiencia (VIH)
- Salud del comportamiento, mental o condiciones psiquiátricas
- Tratamiento del abuso de la droga o de alcohol, droga-relacionado y/o alcohol-relacionado

**CONVENGO TAL LANZAMIENTO: INICIAL Y FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_Cuando mi información de la salud se utiliza o se divulga conforme a esta autorización, puede estar conforme a redisclosure del recipiente y puede ser protegida no más por la regla federal de la aislamiento de HIPAA. El uso o el acceso de la información identificada arriba es voluntario y no necesito firmar esta forma para asegurar el tratamiento del cuidado médico. He leído y entiendo la naturaleza de esta autorización y entiendo que puede ser revocada por mi requerimiento escrito al oficial de la aislamiento de TMH o firmando en la segunda área proporcionada abajo, excepto hasta el punto de la acción se haya adquirido ya esta autorización. Autorizan a obtener, a examinar, y a reproducir tales expedientes e información y se relevan por este medio al disparador y a sus agentes y empleados por este medio de cualquier responsabilidad o la responsabilidad que puede presentarse del lanzamiento o de la reproducción de tales registra e información.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del representante paciente o del paciente    La fecha/Hora firmó

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente (una la documentación de la tutela o  
Energía del abogado si fuera aplicable)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora atestiguada

SOCIOS DEL MEDICO DE TMH  
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

I, \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ( ) Madre ( ) Padre ( ) Guarda autorice por este medio a los SOCIOS del MÉDICO de TMH, a sus médicos y a su personal autorizado, a evaluar y a administrar el tratamiento médico a mi niño, \_\_\_\_\_, en esas situaciones indicadas por mí debajo cuando no estoy físicamente presente con mi niño.

Fecha de nacimiento del niño \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ del número de Seguridad Social

( ) 1. Los adultos siguientes son **SOLAMENTE** personas que pueden acompañar y autorizan a mi niño para el tratamiento en esta oficina.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) 2. Mi niño, puede ser visto y ser tratado si he/she viene adentro con **CUALQUIER ADULTO**.

Los adultos siguientes son una excepción a esto y pueden **NO** autorice a mi niño a ser visto y a ser tratado en esta facilidad. Si ningunas excepciones, no escriben "NINGUNO" abajo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) 3. Mi niño es 16 años (o más viejos) y puede presentar para el tratamiento unescorted por mí. Autorizo por este medio a socios del médico a ver, a examinar, a evaluar y a tratar a mi niño, de acuerdo con las peticiones personales de mi niño si no estoy presente, constante con el juicio profesional del abastecedor de las necesidades médicas de mi niño.

Seguirá habiendo este documento se piensa para ser una autorización y un consentimiento válidos conforme a la ley médica del consentimiento de la Florida, estatutos 766.103 de la Florida y en vigor hasta revocado por mí en la escritura.

Reconozco que soy responsable de todas las cargas razonables con respecto a cualquier cuidado y tratamiento rendidos.

Nombre y dirección del portador primario del seguro médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del padre de la impresión: \_\_\_\_\_

Dirección casera: \_\_\_\_\_

Teléfono casero: \_\_\_\_\_ Trabajo/célula Phone \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

## **Monumento Healthcare de Tallahassee**

### **Servicios ambulatorios del cuidado**

A nuestros pacientes:

Bajo acto paciente de la autodeterminación su correcto bajo ley aceptar o rechazar asistencia médica. Los directorios anticipados pueden proteger la esta derecha si usted hace siempre mentalmente o físicamente incapaz elegir o comunicar sus deseos debido a un accidente o a una enfermedad.

Un directorio anticipado es cualquier instrucción que usted dé referente a la disposición del healthcare en el acontecimiento usted hace incapaz tomar sus propias decisiones. Los ejemplos de los directorios anticipados incluyen: Voluntad que vive; Energía del abogado durable; Cita de un sustituto de Healthcare. Al usar los directorios anticipados, usted protege la su derecha de hacer las opciones médicas que pueden afectar su vida; su familia puede evitar la responsabilidad y la tensión de tomar decisiones difíciles; y sus médicos tendrán pautas para proporcionar su cuidado.

Las voluntades vivas se escriben las instrucciones que explican sus deseos con respecto a healthcare si usted tiene una condición terminal tal como cáncer, enfermedad de Alzheimer, etc. Se llaman las voluntades vivas porque toman efecto mientras que el paciente todavía está vivo.

Una energía del abogado durable para Healthcare permite que usted nombre a persona (llamada un sustituto/un poder) tomar las decisiones para usted si usted hace incapaz hacer tan. También, en la energía del abogado, usted puede enumerar la decisión del healthcare que usted desea referente cuidado, el tratamiento, servicios y a procedimientos vida-que prolongan, tan bien como provisiones y limitaciones especiales, Estas medidas vida-que prolongan pueden incluir la resucitación cardiopulmonar, terapia intravenosa, tubos de alimentación, respiradores, diálisis, relevación del dolor, no las órdenes de Resuscitate, y donación del órgano.

Un sustituto de Healthcare (poder) es una persona que usted elige tomar las decisiones del healthcare para usted si usted no puede hacer tan para se. Esta persona debe ser alguien que sabe que sus deseos y que harán las decisiones sobre qué he/she le cree desearían.

Una vez que usted haya terminado su directorio anticipado, discuta por favor los detalles del directorio con su médico, miembros de la familia, ministro, sustituto y/o amigos cercanos. Cerciérese de que su sustituto tenga una copia de sus directorios anticipados, que ponga una copia en el compartimiento del guante de su coche y dé las copias a las que usted sensación deba saber.

Si una emergencia ocurre en nuestra oficina su directorio anticipado no sería honrado inmediatamente porque no es posible en una situación de la emergencia determinar su ocasión de la supervivencia o de la recuperación. Llamáramos 911 y comenzaríamos nuestros procedimientos de emergencia a menos que un médico sea el presente que sabe su historial médico y directorio avanzado, y dé la orden a la parada. Si no, una vez que usted haya alcanzado ER o el hospital en donde una determinación mejor de su condición puede ser hecha, su directorio anticipado será honrado si usted no puede expresar sus deseos.

Si usted necesita ayuda en la preparación de los directorios anticipados o si usted quisiera más información usted puede entrar en contacto con un abogado, la oficina de su Procurador General de la República del estado, hospitales, Hospices e instalaciones a largo plazo del cuidado. Usted puede también buscar la información y la ayuda del departamento de la gerencia de riesgo en Tallahassee HealthCare conmemorativo llamando (850) 431-5364.