

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel de casa: \_\_\_\_\_ Tel celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensajes?  Yes  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos por correo electrónico?  Si  No Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?  Google/Internet  Yelp  Facebook/Instagram  Sitio web

Otro: \_\_\_\_\_

Referido por el médico: \_\_\_\_\_

Médico primario: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Tel de trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos comunicarnos con usted en el trabajo?  Yes  No

#### Contacto de emergencia

En caso de emergencia, contacte a: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

#### Información de seguro

Compañía de seguro primaria: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundaria: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, a través de la presente, autorizo a

**North Beach Vascular & Aesthetics  
15400 Biscayne Blvd Suite 103  
Aventura, FL 33160**

la divulgación de mis fotos de antes y el después para uso de mercadeo. Entiendo que mis fotos pueden verse en el sitio web de la empresa (North Beach Vascular & Aesthetics/North Beach Radiology Associates/Vivid Vascular).

Entiendo que este consentimiento es revocable mediante solicitud por escrito del consultorio, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas prácticas conforme a esta autorización y que esta autorización permanecerá en vigor y efecto durante un tiempo “razonable” a fin de alcanzar el propósito para el cual se otorga.

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

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS DE PACIENTES A  
NORTH BEACH VASCULAR AND AESTHETICS**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**RE:**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo la divulgación de toda la información protegida para coordinar mi tratamiento y atención médica. Solicito que el custodio designado de los registros médicos de todas las entidades cubiertas por la HIPAA, identificadas anteriormente, divulgue la información médica protegida completa, incluyendo, entre otros, notas de consulta, notas de progreso, planes de tratamiento, informes de ecografía, resultados de pruebas, resultados de laboratorio, cuestionarios/historiales médicos y registros recibidos de otros profesionales médicos.

Está autorizado a divulgar los registros anteriores a:

NORTH BEACH VASCULAR AND AESTHETICS  
15400 Biscayne Blvd, Suite 103, Aventura, FL 33160

Correo electrónico: fax@vividvascular.com  
Fax: 305-564-1693  
Teléfono: 305-957-7277

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

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS DE PACIENTES DE  
NORTH BEACH VASCULAR AND AESTHETICS**

DE: North Beach Vascular and Aesthetics  
15400 Biscayne Blvd, Suite 103, Aventura, FL 33160  
Tel: 305-957-7277 Fax: 305-564-1693

RE: Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo la divulgación de toda la información protegida para coordinar mi tratamiento y atención médica. Solicito que el custodio designado de los registros médicos de todas las entidades cubiertas por la HIPAA, identificadas anteriormente, divulgue la información médica protegida completa, incluyendo, entre otros, notas de consulta, notas de progreso, planes de tratamiento, informes de ultrasonidos, resultados de pruebas, correspondencia, declaraciones, cuestionarios/historiales y registros recibidos de otros profesionales médicos. Usted está autorizado a divulgar los registros mencionados a las siguientes personas:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en lo que respecta a la información que se haya divulgado en virtud de ella. Mi tratamiento o el pago de mi tratamiento no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización le autorizará a divulgar los registros aquí solicitados. Esta autorización estará vigente hasta dos años después de su fecha de ejecución, momento en el que expirará.

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

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PÓLIZA DE NO ASISTENCIA/CANCELACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

North Beach Vascular & Aesthetics, DBA Vivid Vascular, se enorgullece de ofrecer una experiencia muy personalizada para cada uno de nuestros pacientes. Para lograr esto, no superponemos las citas de los pacientes ni sobrecargamos nuestros días. Si un paciente no se presenta a su cita o cancela sin el aviso adecuado, el resultado es tiempo inactivo para nuestro personal y una oportunidad perdida para otro paciente.

**Entendemos que puede surgir la necesidad de cancelar una cita; sin embargo, si debe cancelar una cita, debemos recibir su notificación a más tardar 48 horas antes de la cita para evitar una tarifa de cancelación de \$75. Cualquier cita para un procedimiento, como EVLA, escleroterapia química o procedimiento en el laboratorio de cateterismo (IVUS, embolización, stent, etc.), que no se presente o no se cancele con 48 horas de anticipación, estará sujeta a una tarifa de cancelación de \$250. Las citas estéticas no presentadas o no canceladas con 48 horas de anticipación a la cita, se cobrará el monto total del servicio reservado para ese día. Si se compró un paquete, se perderá la sesión individual.**

Ninguna cita puede ser reservada sin una tarjeta de crédito. Colocaremos la información de su tarjeta de crédito en nuestro archivo y la utilizaremos para reservar todas las citas futuras. Esto se aplica tanto a pacientes nuevos como existentes. Nunca cargaremos a su tarjeta de crédito por ningún servicio sin su autorización.

El pago por una cita perdida se considera un servicio "no cubierto" por las compañías de seguros; por lo tanto, la tarifa es responsabilidad del paciente y no puede ser cobrada a su compañía de seguro.

Su firma a continuación indica su comprensión de esta póliza y que acepta cumplir con ella. Por favor, proporcione la información de su tarjeta de crédito a continuación. Gracias por su comprensión.

Autorizo a North Beach Vascular & Aesthetics a cargar a mi tarjeta de crédito la tarifa de cancelación correspondiente, como se menciona arriba, por cada cita perdida. Agregaremos un recargo adicional del 3% para todas las transacciones con tarjeta de crédito.

Tipo de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Código CVV: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de vto.: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## ACUERDOS FINANCIEROS Y SEGURO MÉDICO

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si usted tiene seguro médico, nosotros deseamos ayudarle a recibir los beneficios máximos permitidos. Para poder alcanzar estas metas, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra póliza de pagos. Con gusto hablaremos sobre su tratamiento y responderemos cualquier pregunta relacionada con su seguro.

Pago de los servicios debe realizarse al momento que se prestan los servicios, a menos que se hayan acordado otros arreglos por adelantado. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, American Express y Discover. Con gusto procesaremos su reclamación de seguro. Sin embargo, debe tener en cuenta que:

1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato.
2. No todos los servicios están cubiertos por todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubren.
3. Nuestros honorarios se basan en la calidad del servicio prestado y generalmente se encuentran dentro del rango HABITUAL, COSTUMBRE Y RAZONABLE definido por la mayoría de los seguros. Tenga en cuenta que cualquier diferencia entre nuestro cargo por servicios y el monto HABITUAL, COSTUMBRE Y RAZONABLE será su responsabilidad. Este monto varía de una compañía de seguros a otra. Se le cobrará cualquier cantidad no reembolsable por su compañía de seguros.
4. Agregaremos un recargo adicional del 3% para todas las transacciones con tarjeta de crédito.

Debemos enfatizar que, como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Mientras que la presentación de reclamos de seguros es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios. Por favor tenga en cuenta que su compañía de seguros espera que usted pague su deducible y coaseguro antes de considerar la cobertura; por lo tanto, este monto debe pagarse en la fecha del servicio.

Esperamos recibir el pago de cualquier saldo que exceda los 60 días de dicho servicio profesional. Las regulaciones de seguros exigen que su compañía de seguros responda a las reclamaciones en un plazo de 45 días. Los saldos pendientes que excedan los 100 días pueden ser colocados en colecciones.

Si tiene alguna pregunta sobre la información previamente descrita o alguna duda sobre la cobertura del seguro, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle.

Doy mi permiso a NBVA y sus afiliados o contratistas para que se comuniquen conmigo para cualquier propósito a los números actuales o futuros que se proporcionen para mi teléfono fijo, celular o cualquier dispositivo inalámbrico, incluido el uso de equipo de marcación automática, voz pregrabada o mensaje de texto.

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

A través de la presente, cedo y autorizo que se realice el pago directamente a North Beach Vascular & Aesthetics, que opera como Vivid Vascular, por todos los beneficios cubiertos que de otro modo me corresponderían. También autorizo la divulgación de información médica que sea necesaria para procesar las reclamaciones de pago por los servicios médicos prestados, y entiendo expresamente que renuncio al derecho a la confidencialidad de dicha información.

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

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, confirmo haber revisado y recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de North Beach Vascular & Aesthetics. Entiendo que, si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con la oficina de privacidad de North Beach Vascular & Aesthetics. Además, entiendo que la clínica me enviará actualizaciones de este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en caso de cualquier modificación o cambio.

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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

---

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento en este *Formulario de confirmación de recibo del aviso de prácticas de privacidad*, pero no fue posible, según se documenta a continuación.

Fecha: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

### ¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO?

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la información que siguen nuestros empleados, personal y demás personal de la oficina. Las prácticas descritas en este aviso también las seguirán los profesionales de la salud con los que consulte por teléfono (cuando su profesional de la salud habitual de nuestra oficina no esté disponible), quienes ofrecen cobertura de llamadas para su profesional de la salud.

### SU INFORMACIÓN DE SALUD

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos sobre su salud, su estado de salud y los servicios de atención médica que recibe en este consultorio. Estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso. Este le informará sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de dicha información.

### CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

#### **Para tratamiento**

Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal involucrado en su cuidado y su salud. Por ejemplo, su médico podría estar tratándolo por una afección cardíaca y podría necesitar saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial médico para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. El médico también puede informar a otro médico sobre su afección para que este pueda determinar la atención más adecuada para usted.

Distintos miembros del personal de nuestra oficina podrían compartir información sobre usted y divulgarla a personas ajenas a nuestra oficina para coordinar su atención, como solicitar recetas médicas por teléfono a su farmacia, programar análisis de laboratorio y solicitar radiografías. Sus familiares y otros profesionales de la salud podrían participar en su atención médica fuera de nuestra oficina y requerir la información que tenemos sobre usted.

#### **Para pago**

Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba en este consultorio se facturen y se le cobren a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podríamos necesitar proporcionar a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que nos pague o le reembolse dicho servicio. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que recibirá para obtener aprobación previa o para determinar si su plan lo cubrirá.

#### **Para operaciones de atención médica**

Podemos usar y divulgar su información médica para administrar la clínica y garantizar que usted y nuestros demás pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos usar la información médica de todos o muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

#### **Recordatorios de citas**

Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el consultorio.

#### **Alternativas de tratamiento**

Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

#### **Productos y servicios relacionados con la salud**

Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Por favor, notifíquenos si no desea que lo contactemos para recordarle sus citas o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos informa por escrito (a la dirección que figura en la parte superior de este aviso) que no desea recibir dichas comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito. Su revocación será efectiva cuando la recibamos, pero no se aplicará a los usos o divulgaciones que se hayan producido con anterioridad. Si revoca su consentimiento, no podremos utilizar ni divulgar su información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y, por lo tanto, podremos optar por dejar de proporcionarle tratamiento y servicios de atención médica.

### SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o divulgar información médica sobre usted sin su permiso para los siguientes fines, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

#### **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad**

Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona.

#### **Requerido por ley**

Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

#### **Investigación**

Podríamos usar y divulgar su información médica para proyectos de investigación sujetos a un proceso de aprobación especial. Le solicitaremos su permiso si el investigador tiene acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad, o si participará en su atención médica en el consultorio.

#### **Donación de órganos y tejidos**

Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y transporte.

#### **Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia**

Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, es posible que el mando militar u otras autoridades gubernamentales nos exijan que divulguemos su información médica. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

#### **Compensación laboral**

Podríamos divulgar su información médica para programas de compensación laboral o similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades laborales.

#### **Riesgos para la salud pública**

Podemos divulgar su información de salud por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o informar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

#### **Actividades de supervisión de la salud**

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para auditorías, investigaciones, inspecciones o fines de licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de leyes de derechos civiles.

### **Demandas y disputas**

Si está involucrado en una demanda o disputa, podríamos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podríamos divulgar su información médica en respuesta a una citación.

### **Autoridades policiales**

Podemos divulgar información médica si un agente de la autoridad lo solicita en respuesta a una orden judicial, citación, mandato, requerimiento u otro proceso legal similar, siempre que se cumplan todos los requisitos legales aplicables.

### **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias**

Podemos divulgar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.

### **Información no personalmente identificable**

Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele su identidad.

### **Familia y amigos**

Podemos divulgar su información médica a sus familiares o amigos si obtenemos su consentimiento verbal o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no se opone. También podemos divulgar su información médica a sus familiares o amigos si, según nuestro criterio profesional, podemos inferir de las circunstancias que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que usted acepta que divulguemos su información médica personal a su cónyuge si lo acompaña a la consulta durante el tratamiento o mientras se habla del mismo.

En situaciones en las que no pueda dar su consentimiento (por falta de presencia, incapacidad o emergencia médica), podremos, aplicando nuestro criterio profesional, determinar que la divulgación a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En ese caso, solo divulgaremos la información médica relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podremos informar a la persona que lo acompañó a urgencias que sufrió un infarto y brindarle información actualizada sobre su evolución y pronóstico. También podremos, aplicando nuestro criterio profesional y experiencia, inferir razonablemente que es lo mejor para usted permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas surtidas, suministros médicos o radiografías.

### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún otro fin que no sean los identificados en las secciones anteriores sin su autorización específica por escrito. Debemos obtener su autorización por separado de cualquier consentimiento que hayamos obtenido de usted. Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información por los motivos contemplados en su autorización escrita, pero no podremos revocar ningún uso o divulgación ya realizado con su permiso.

Si tenemos información sobre su VIH o abuso de sustancias, no podemos divulgarla sin su autorización escrita y firmada (diferente a la autorización y el consentimiento mencionados anteriormente). Para divulgar este tipo de registros con fines de tratamiento, pago o atención médica, necesitaremos su consentimiento firmado y una autorización escrita que cumpla con la ley que rige los registros de VIH o abuso de sustancias.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

#### **Derecho a inspeccionar y copiar**

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica, como sus registros médicos y de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe presentar una solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad para inspeccionar o copiar su información médica. Si solicita una copia, podríamos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío u otros suministros. En ciertas circunstancias, podríamos denegar su solicitud de inspección o copia. Si se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Si la ley exige dicha revisión, seleccionaremos a un profesional de la salud con licencia para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la misma.

#### **Derecho de corrección**

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras esta oficina conserve la información. Para solicitar una modificación, complete y envíe un Formulario de Modificación/Corrección de Historial Médico a nuestro responsable de privacidad. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una justificación. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que: a) No la creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la modificación; b) No forma parte de la información médica que conservamos; c) No se le permitiría inspeccionarla ni copiarla; d) Es precisa y completa.

#### **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones**

Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Este informe incluye las divulgaciones de información médica sobre usted que realizamos para fines distintos a los de tratamiento, pago y atención médica. Para obtenerlo, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). Podríamos cobrarle el costo de proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo, y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en ningún costo.

#### **Derecho a solicitar restricciones**

También tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una limitación sobre la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de esta, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió.

#### **No estamos obligados a aceptar su solicitud**

Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, puede completar y enviar un *Formulario de Solicitud de Restricción de Usos y Divulgaciones e Información de Comunicaciones Confidenciales* a nuestro funcionario de privacidad.

#### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar el formulario de Solicitudes de Restricción de Usos y Divulgaciones y Comunicaciones Confidenciales a nuestro responsable de privacidad. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

#### **Derecho a una copia impresa de este aviso**

Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente, tiene derecho a una copia impresa. Para obtenerla, contacte con nuestro funcionario de privacidad.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso y hacer que la versión revisada o modificada sea efectiva para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos un resumen del aviso actual en la oficina, con su fecha de entrada en vigor en la esquina superior derecha. Tiene derecho a recibir una copia del aviso vigente.

#### **QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra oficina, comuníquese con nuestro funcionario de privacidad. No se le sancionará por presentar una queja.