

Miami Gastro LLC

**RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTOS
CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO GENERAL:**

El abajo firmante se ha presentado voluntariamente para recibir atención médica y da su consentimiento para dicha atención y tratamiento médico, incluidos los procedimientos de diagnóstico y las pruebas que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios o apropiados para el propósito del diagnóstico. Los procedimientos o exámenes pueden incluir, entre otros, endoscopia superior, colonoscopia, pruebas de aliento, cápsula endoscópica, fibroscan, banda para hemorroides, ultrasonido y examen rectal. El abajo firmante entiende que se le explicará de antemano la naturaleza del propósito previsto, los posibles riesgos / complicaciones y las alternativas para cada procedimiento o tratamiento. El abajo firmante entiende y reconoce que no se ha otorgado ni se otorgará ninguna garantía sobre el resultado o la cura del tratamiento.

VIDA SCIENCES LLC, una compañía de investigación de ensayos clínicos, puede buscar su elegibilidad para nuevas intervenciones diagnósticas o terapéuticas y ofrecerle un estudio de ensayo clínico si califica.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

El abajo firmante entiende que tiene el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento y reconoce que se le ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor. El Aviso de prácticas de privacidad para el proveedor también se proporciona en la sala de espera.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o del Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Solicitud del Paciente para Comunicaciones Confidenciales de Información de Salud Protegida

La Ley de Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") le otorga el derecho de solicitar que Miami Gastro LLC se comunique con usted sobre su información de salud en una dirección o número de teléfono alternativo, o por un medio alternativo (por ejemplo, por correo electrónico) que Es más confidencial para usted. Miami Gastro LLC debe atender su solicitud si es razonable. Miami Gastro LLC puede solicitarle que especifique una dirección alternativa u otro método de contacto antes de proporcionar el alojamiento solicitado. Si se acepta su solicitud, el Centro Médico hará todo lo posible para comunicarse con usted de la manera que usted haya solicitado. Su elección permanecerá vigente hasta que nos haya indicado por escrito que cambiemos la forma de comunicación.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, complete el siguiente formulario y envíelo a:

Miami Gastro LLC

925 NE 30th Terrace, Suite 204. Homestead, FL 33033

Nombre del paciente: _____	Número de teléfono: _____
(Impresión)	
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Describa los medios de comunicación alternativos que solicita:
TEXTOS Y / O CORREOS DE VOZ

Solicito que **Miami Gastro LLC** se comunique conmigo por un medio alternativo o en una dirección o número de teléfono alternativo que sea más confidencial para mí. Entiendo que el Centro Médico no atenderá solicitudes irrazonables.

Fecha de firma ____ / ____ / ____
Firma del Paciente o Representante Legal *Se puede solicitar que muestre prueba del estado de representante

RECORDATORIO: Si la dirección alternativa seleccionada por el paciente es un correo electrónico, se DEBE completar el formulario de consentimiento por correo electrónico.

Formulario de Consentimiento por Correo Electrónico

Propósito: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarse con usted por correo electrónico con respecto a su Información de salud protegida (PHI).

Miami Gastro LLC ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de otorgar su consentimiento para usar el correo electrónico para estos fines. **Miami Gastro LLC** utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, **Miami Gastro LLC** no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable por la divulgación involuntaria de información confidencial.

Acuse de Recibo y Acuerdo del Paciente

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico entre **Miami Gastro LLC** y yo y consentimos las condiciones descritas en este documento. Cualquier pregunta que pueda haber tenido fue respondida. Acepto y consiento que **Miami Gastro LLC** pueda comunicarse conmigo por correo electrónico sobre mi información de salud protegida.

Mi dirección de correo electrónico consentida es: _____

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o del Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha : _____

Nombre del paciente : _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal _____

Telefono : _____ E-mail (correo electronico) _____

Celular: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Empleador: _____

Direccion: _____

Ocupacion: _____

Nombre del familiar mas cercano: _____ Telefono: _____

Referido por: _____ Telefono: _____

Seguro Medico

Medicare#: _____ Medicaid: _____

Seguro suplementario: _____

de Poliza: _____

Nombre del Seguro: _____

No de Poliza: _____

HMO _____ PPO _____

Tiene UD otro Seguro? YES _____ NO _____

Alergias: _____

Que medicamentos esta tomando? :

Nombre	Dosis	Frecuencia

Entiendo que a pesar de contra con un seguro medico, yo soy responsable de cualquier balance en mi cuenta por cualquier servicio medico prestado. He leído toda la información y es verdadera. Autorizo a **Miami Gastro LLC** a recibir pago directo de mi compañía de seguros.

Ademas autorizo el suministro de información a mi compañía de seguir.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o del Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Miami Gastro LLC

Derechos y responsabilidades del paciente

Nuestra práctica está comprometida a brindar atención médica de calidad. Es nuestro compromiso brindar esta atención con respeto y dignidad. De acuerdo con esta promesa y compromiso, presentamos los siguientes derechos y responsabilidades del paciente:

Tiene derecho a:

- Un médico personal que lo verá de manera continua y regular.
- Atención médica competente, considerada y respetuosa, independientemente de la raza, credo, edad, sexo u orientación sexual.
- Una segunda opinión médica del médico de su elección, a su cargo.
- Una explicación completa y fácilmente comprensible de su condición, tratamiento y posibilidades de recuperación.

- La revisión personal de sus propios registros médicos con cita previa y de acuerdo con las pautas estatales y federales aplicables.
- Gestión confidencial de comunicaciones y registros relacionados con su atención médica.
- Información sobre las consecuencias médicas de ejercer su derecho a rechazar el tratamiento.
- La información necesaria para tomar una decisión informada sobre cualquier tratamiento o procedimiento, excepto en la medida limitada en una situación de emergencia.
- Estar libre de abuso mental, físico y sexual.
- Trato humano de la manera menos restrictiva apropiada para las necesidades de tratamiento.
- Un plan de tratamiento individualizado.
- Haga que evalúen y controlen su dolor.
- Negarse a participar como sujeto en una investigación.
- Una explicación de su factura médica independientemente de su seguro y la oportunidad de examinar personalmente su factura.
- La expectativa de que tomaremos medidas razonables para superar las barreras culturales o de

comunicación que puedan existir entre usted y el personal.

- La oportunidad de presentar una queja en caso de que surja una disputa con respecto a la atención, el tratamiento o el servicio o para seleccionar a un médico diferente.

Usted es responsable de:

- Saber el nombre y el cargo de su médico de atención médica.
- Darle a su médico información correcta y completa del historial de salud, p. alergias, enfermedades pasadas y presentes, medicamentos y hospitalizaciones.
- Proporcionar al personal el nombre, la dirección, el teléfono y la información de contacto de emergencia correctos y completos cada vez que vea a su médico para que podamos comunicarnos con usted en caso de un cambio de horario o para darle instrucciones médicas.
- Proporcionar al personal información actualizada y completa sobre el seguro, incluido cualquier seguro secundario, cada vez que vea a su médico.
- Firmar un formulario de "Divulgación de información" cuando se le solicite para que su

médico pueda obtener registros médicos de otros médicos involucrados en su atención.

- Informar a su médico sobre todos los medicamentos recetados, alternativos, es decir, a base de hierbas u otros, terapias o medicamentos de venta libre que toma. Si es posible, lleve las botellas a su cita.
- Informar a su médico sobre cualquier cambio en su condición o reacciones a medicamentos o tratamientos.
- Hacer preguntas a su médico cuando no comprende su enfermedad, plan de tratamiento o instrucciones de medicación.
- Seguir los consejos de su médico. Si rechaza el tratamiento o se niega a seguir las instrucciones dadas por su médico, usted es responsable de las consecuencias médicas.
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelar su cita, llame al centro de salud con al menos 24 horas de anticipación.
- Pago de copagos en el momento de la visita u otras facturas al recibirlas.

- Seguir las reglas de la oficina sobre la conducta del paciente; por ejemplo, no se puede fumar en nuestra oficina.
- Respetar los derechos y la propiedad de nuestro personal y otras personas en la oficina.

Miami Gastro LLC
Danny J. Avalos M.D
925 NE 30th Terrace, Suite 204
Homestead, FL 33033
Office: 305-974-4822
Fax: 509-420-9737

Fecha: _____

Destinatario:

Por la presente, autorizo y solicito que entregue al médico anterior los registros de historial completos en su poder sobre mi enfermedad y / o tratamiento durante el:

Periodo De: _____ Hasta: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

Firma: _____

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 o 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 o 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.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 Miami Gastro, LLC, (Miami Gastro). Su atención médica no se verá afectada por cualquier queja que haga. Miami Gastro 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:

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.

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 Miami Gastro, 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

Nombre del Paciente o del Representante Personal

DOCUMENTACIÓN DE ESFUERZOS DE BUENA FE

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

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: _____