



Renato Dubois, M.D. ~ Patricia Sherron, M.D. ~ Sundar Chandrasekhar, M.D.
Rowena Uy, M.D. ~ Marshall Lewis, M.D. ~ Debbie Friedman, M.D. PhD
BOARD CERTIFIED CARDIOLOGISTS

Nombre Completo del Paciente _____ Niño ____ Niña ____
Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Raza _____ Religion _____ Declino especificar _____

Pediatra del Paciente _____ Dirección _____
Teléfono _____

Referido por _____ Dirección _____
Teléfono _____

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____ Dirección _____
Número de Celular _____ Dirección electrónica _____
Empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social _____ Dirección _____
Número de Celular _____ Dirección electrónica _____
Empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Guardian Legal _____ Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____ Dirección _____
Número de Celular _____ Dirección electrónica _____
Empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

INFORMACION DEL SEGURO DE SALUD

Compañía de Seguro _____ Póliza _____ Grupo _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Compañía de Seguro Secundario _____ Póliza _____
Grupo _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de un familiar que no vive con Ud.: _____ Teléfono _____

Autorizo a Pediatrix Medical Group a obtener información médica de otros doctores, hospitals o clínicas que ellos consideren necesaria durante el examen de _____. Soy el guardian legal de este(a) niño(a). Además comprendo que soy la persona responsable de los cargos por los exámenes y tratamiento del paciente. También autorizo el pago directo de la compañía de seguro a Pediatrix Medical Group por los exámenes y tratamiento de acuerdo a mi contrato con la compañía. Entiendo que una fotocopia de este documento es tan válida como el original.

Firma del Padre / Madre/ Guardian Legal

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

I. QUIÉNES SOMOS

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”) describe las prácticas de privacidad del MEDNAX Services, Inc. y sus entidades afiliadas, sus médicos, enfermeras y otro personal (“nosotros”). Aplica a los servicios prestados a usted en todas las oficinas donde proporcionamos servicios.

II. NUESTRAS OBLIGACIONES DE PRIVACIDAD

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica (“Información de Salud Protegida” o “PHI”) y proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. También estamos obligados a notificarle cuando ocurre una infracción de la seguridad de su PHI. Cuando usamos o divulgamos su PHI, estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso (o de cualquier otro aviso vigente al momento del uso o de la divulgación).

III. LOS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En ciertas situaciones, las cuales describimos en la Sección IV a continuación, debemos obtener su autorización por escrito para poder usar y/o divulgar su PHI. Sin embargo, no necesitamos ningún tipo de autorización de su parte para los siguientes usos y/o divulgaciones:

- A. Usos y divulgaciones para operaciones de tratamiento, pago, y atención médica.** Puede que usemos y divulguemos su PHI, pero no su “Información Altamente Confidencial” (definida en la Sección IV.B a continuación), para poder tratarle, obtener pagos para los servicios que se le proporcionan, y conducir nuestras “operaciones de atención médica”, como se detallan a continuación:
 - Tratamiento. Puede que usemos y divulguemos su PHI para proporcionarle su tratamiento, por ejemplo, para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Puede que también divulguemos su PHI a otros proveedores de salud involucrados con su tratamiento.
 - Pago. En la mayoría de casos, puede que usemos y divulguemos su PHI para obtener pago para los servicios que le proporcionamos, por ejemplo, divulgaciones para reclamar y obtener el pago de su seguro médico, HMO, u otra compañía que gestione o pague el costo de parte o de todo su atención médica (“Su Pagador”) para verificar que Su Pagador pagará por su atención médica.
 - Operaciones de atención médica. Puede que usemos y divulguemos su PHI para nuestras operaciones de atención médica, las cuales incluyen administración interna y planificación, y varias actividades que mejoran la calidad y rentabilidad del cuidado que le prestamos. Por ejemplo, puede que usemos su PHI para evaluar la calidad y capacidad de nuestros médicos, enfermeras, y otros trabajadores de salud. Puede que divulguemos el PHI a nuestro coordinador de laciones del paciente con el fin de resolver cualquier queja que usted pueda tener y para garantizar que tenga una visita cómoda con nosotros.

También puede que divulguemos su PHI a otros proveedores de atención médica cuando se requiere ese PHI para que le puedan tratar, recibir pago para los servicios que le prestan, o para conducir ciertas operaciones de atención médica, como la evaluación de la calidad y la capacidad de los profesionales de atención médica, o para el fraude de atención médica y la detección de abuso o cumplimiento.

- B. El uso o la divulgación para los directorios de las instalaciones.** Si mantenemos una instalación, puede que incluyamos su nombre, ubicación en la instalación, estado de salud general, y su afiliación religiosa en un directorio de pacientes sin obtener su autorización, a menos que usted se oponga a la inclusión en el directorio. Puede que la información en el directorio sea divulgada a cualquier persona que pregunte por su nombre o miembros del clero; bajo la condición, sin embargo, que su afiliación religiosa sólo será divulgada a los miembros del clero..

- C. La divulgación a familiares, amigos cercanos, y otros cuidadores.** Puede que usemos o divulguemos su PHI a un miembro de su familia, otro familiar, un amigo cercano, o cualquier otra persona que usted identifique cuando usted está presente para, o de otra forma disponible antes de la divulgación, si nosotros (1) obtenemos su acuerdo; (2) le ofrecemos la oportunidad de oponerse a la divulgación y usted no se opone; o (3) inferimos razonablemente que usted no se opone a la divulgación.

Si usted no está presente, o si la oportunidad para estar de acuerdo u oponerse a un uso o divulgación no se puede proporcionar de manera práctica, debido a su incapacidad o una circunstancia de emergencia, puede que ejerzamos nuestro juicio profesional para determinar si una divulgación está en sus mejores intereses. Si le divulgamos información a un miembro de su familia, otro familiar, o un amigo cercano, sólo le divulgaríamos información que sentimos es relevante a la participación de esa persona en su atención médica o algún pago relacionado con su atención médica. Puede que también divulguemos su PHI para notificar (o asistir con la notificación) a esas personas de su ubicación, estado de salud general, o muerte.

- D. Actividades de salud pública.** Puede que usemos o divulguemos su PHI para las siguientes actividades de salud pública: (1) para reportar información sobre su salud a las autoridades de salud para el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; (2) para reportar el abuso o negligencia de un niño a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas por la ley para recibir ese tipo de reportes; (3) para reportar información sobre productos y servicios bajo la jurisdicción del Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU.; (4) para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, y (5) para proporcionar información a su empleador como lo exigen las leyes sobre las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o la vigilancia médica laboral.

- E. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Si tenemos razones para creer que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, incluyendo un servicio social o agencia de servicios de protección, autorizada por ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

- F. Atividades de Vigilancia de Salud.** Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud que inspecciona el sistema de atención de salud y se carga con la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas gubernamentales de salud como Medicare o Medicaid.

- G. Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en el curso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal.

- H. Aplicación oficial de la ley.** Podemos divulgar su PHI a la policía u otros agentes del orden público según lo requiera o lo permita la ley o en cumplimiento de una orden judicial o un tribunal o citatorio legal administrativo.

- I. Difuntos.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico autorizado por la ley.

- J. Donación de órganos y tejidos.** Podemos usar o divulgar su PHI a organizaciones que facilitan la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

- K. Investigación.** Podemos usar o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización si una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad aprueba una renuncia de autorización para la divulgación.

- L. Salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a una persona o para la salud o seguridad del público.

- M. Funciones especializadas del gobierno.** Podemos utilizar y divulgar su PHI a entidades del gobierno con funciones especiales, tales como los militares de EE.UU. o el Departamento de Estado de los EE.UU., en determinadas circunstancias.

- N. Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar su PHI conforme se autorice y hasta el punto necesario para cumplir con la ley estatal en relación con la indemnización de los trabajadores u otros programas similares.

- O. Como lo requiere la ley.** Podemos utilizar y divulgar su PHI cuando sea requerido por cualquier otra ley que no se haya contemplado en las categorías anteriores.

IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

- A. El uso o divulgación con su autorización.** Debemos obtener su autorización por escrito para la mayoría de usos y divulgación de notas de psicoterapia, los usos y divulgaciones de PHI para fines de mercadeo, y las divulgaciones que constituyen la venta de PHI. Además, otros usos y divulgaciones de PHI que no se describan en este Aviso se harán sólo cuando usted nos de su permiso por escrito en un formulario de autorización (“Su Autorización”). Por ejemplo, usted tendrá que completar y firmar un formulario de autorización antes de que podamos enviar su PHI a su compañía de seguros de vida o al abogado que representa la otra parte en un juicio en el que esté involucrado.
- B. Usos y divulgaciones de su información altamente confidencial.** Las leyes federales y estatales exigen protecciones especiales de privacidad para cierta Información Altamente Confidencial sobre usted (“Información Altamente Confidencial”). Esta Información Altamente Confidencial puede incluir la parte de su PHI que: (1) se mantiene en notas de psicoterapia; (2) se trata de los servicios de salud mental y discapacidades de desarrollo y, (3) es sobre el alcohol y la prevención del abuso de drogas, el tratamiento y la remisión, (4) se trata de las pruebas del VIH/SIDA, el diagnóstico o el tratamiento, (5) se trata de enfermedades de transmisión sexual, (6) se refiere a las pruebas genéticas, (7) se refiere al maltrato y abandono de menores, (8) se trata del abuso doméstico de un adulto con una discapacidad, o (9) se trata de asalto sexual. Para que podamos divulgar su Información Altamente Confidencial para fines distintos de aquellos permitidos por la ley, debemos tener su autorización.
- C. La revocación de su autorización.** Usted puede retirar (revocar) Su Autorización, o cualquier autorización escrita sobre su Información Altamente Confidencial (excepto en la medida que hemos tomado acciones de seguridad sobre ella) mediante la entrega de una declaración por escrito al Oficial de Privacidad identificado a continuación. Un formulario de Revocación por Escrito está disponible a petición del Oficial de Privacidad.

V. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

- A. Para más información, quejas.** Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad. Usted también puede presentar una queja llamando a nuestro Oficial de Privacidad al (954) 384-0175. También puede presentar quejas por escrito al Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. A petición, nuestro Oficial de Privacidad le proporcionará la dirección correcta del Director. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja con nosotros o con el director.
- B. Derecho a solicitar restricciones adicionales.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de los usos y divulgaciones de su PHI (1) para propósitos de tratamiento, pago y atención médica, y (2) a personas (como un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted) involucrado en su cuidado o con el pago relacionado con su cuidado.

Por ejemplo, usted tiene el derecho de solicitar que no divulguemos su PHI a un plan de salud para pagos o la operación de atención médica si ese PHI se refiere únicamente a un tema de salud o servicio en el que hemos participado y cuyo desembolso ha sido pagado en su totalidad. A menos que lo requiera la ley, estamos obligados a cumplir con su solicitud para este tipo de restricción. Para todas las demás solicitudes para restricciones del uso y divulgación de su PHI, no estamos obligados a aceptar su solicitud, pero trataremos de atender las solicitudes razonables cuando sea apropiado. Si desea solicitar restricciones adicionales, por favor obtenga un formulario de solicitud de nuestro Oficial de Privacidad y presente el formulario completo al Oficial de Privacidad. Le enviaremos una respuesta por escrito.

- C. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Usted puede solicitar, y nosotros atenderemos cualquier solicitud razonable por escrito para que usted reciba su PHI a través de medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos.
- D. Derecho a inspeccionar y copiar su información médica.** Usted puede solicitar acceso a su expediente médico y a los registros de facturación mantenidos por nosotros con el fin de inspeccionar y solicitar copias de los registros. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros. Si desea tener acceso a sus registros, pida un formulario de solicitud de registros del Oficial de Privacidad, y presente el formulario completo al Oficial de Privacidad. Si solicita copias, le cobraremos una cuota basada en los costos, de acuerdo con la ley del Estado, que incluye (1) el trabajo para copiar su PHI; (2) suministros para la creación de la copia en papel o medios electrónicos, si usted solicita una copia electrónica en medios de comunicación portátil, (3) los costes de envío, si usted solicita que le enviemos las copias a usted, y (4) si acepta de antemano, el costo de la preparación de una explicación o resumen del PHI.
- E. Derecho a modificar sus registros.** Usted tiene el derecho a solicitar que modifiquemos el PHI de su expediente médico o registros de facturación. Si desea modificar sus registros, por favor consiga un formulario de solicitud de modificación del Oficial de Privacidad, y presente el formulario completo al Oficial de Privacidad. Nosotros cumpliremos con su solicitud a menos que creamos que la información que desea modificar es correcta y completa o apliquen otras circunstancias especiales.
- F. Derecho a recibir un informe de divulgaciones.** A petición, usted puede obtener un informe de ciertas divulgaciones de su PHI hechas por nosotros durante cualquier período de tiempo antes de la fecha de su solicitud siempre y cuando dicho periodo no supere seis años. Si solicita un reporte más de una vez durante un período de doce (12) meses, podemos cobrarle por el costo de cualquier estado de cuenta adicional(es). Le informaremos antes de cualquier tarifa y le proporcionaremos la oportunidad de retirar o modificar la solicitud.
- G. Derecho a recibir una copia de este aviso.** Si lo solicita, puede obtener una copia de este aviso, ya sea por correo electrónico o en formato papel. Por favor, envíe su solicitud a:

**Privacy Officer
MEDNAX Services, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323
Teléfono: 954-384-0175
Email: privacy_officer@mednax.com**

VI. FECHA DE VIGENCIA Y DURACIÓN DE ESTE AVISO

- A.** Fecha de vigencia. Este Aviso entra en vigor el September 23, 2013.
- B.** Derecho a cambiar los términos de este aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer que los nuevos términos del Aviso sean efectivos para todo PHI que mantenemos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos el nuevo aviso en las áreas de espera de nuestras oficinas y en nuestro sitio de Internet en www.mednax.com/noticeofprivacypractices. También puede obtener un nuevo aviso poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad.

VII. OFICIAL DE PRIVACIDAD

Usted puede contactar al Oficial de Privacidad a:

**Priváis Oficial
MEDNAX Services, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323
Teléfono: 954-384-0175
Email: privacy_officer@mednax.com**

MEDNAX[®]
HEALTH SOLUTIONS PARTNER



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (“el Aviso”) proporciona información acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podremos usar y divulgar información médica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigen que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo-e) a **privacy_officer@mednax.com** o una carta a:

Privacy Officer
MEDNAX Services, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

Con su firma en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente

Nombre en letra de molde del representante autorizado



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A FAMILIARES Y AMIGOS

Autorizo a la clínica a hablar sobre fechas y horarios de consultas; lugar; historia clínica; diagnóstico; tratamiento; pronóstico; información financiera y de seguro, y facturación con las personas en la lista de abajo. Comprendo que el proveedor de atención médica de mi hijo o mía usará su criterio para determinar si debe compartir esta información con el objetivo de fomentar la continuidad de la atención. La divulgación de copias de los registros médicos requerirá una autorización firmada de cumplimiento con el HIPAA. Este permiso será considerado vigente hasta que indique lo contrario por escrito.

La información médica protegida podría entregarse a los siguientes individuos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Sí **No** El personal de la clínica tiene mi permiso para dar a conocer la información médica personal de mi hijo o mía a miembros de la familia u otros que estén en la sala conmigo/con nosotros durante la consulta.

El personal de la clínica tiene mi permiso para dejar mensajes respecto del tratamiento (como ser resultados de análisis clínicos) en mi: (Marque todas las que correspondan)

Mensaje de voz en el hogar o Contestador automatic Número del teléfono del hogar: _____

Teléfono móvil: Número de teléfono móvil: _____

Mensaje de voz en el trabajo Número de teléfono del trabajo: _____

NINGUNA INFORMACIÓN: No autorizo la divulgación de información verbal (fuera de recordatorios de consultas al número que he indicado).

Nombre del paciente en imprenta

*Nombre en imprenta del representante autorizado

Firma del paciente/representante autorizado del paciente

Fecha de la firma

Autoridad* del representante autorizado para actuar en representación del paciente:

Padre/tutor legal Poder de representación

•Se debe brindar evidencia de autoridad y dejar constancia en la clínica.

Bienvenido a Nuestra Oficina

Fecha de la Visita: _____

Apellido del Paciente _____ **Nombre** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Quién es el Doctor Primario de su hijo(a): _____

HISTORIA MEDICA:

LUGAR DE NACIMIENTO (hospital o Ciudad/Estado): _____ PESO AL NACER: _____

PROBLEMAS EN EL PARTO: _____

HISTORIA DE DESARROLLO: ____ Normal ____ Demorado

Problemas: _____

Enfermedades Médicas Crónicas (como asma, convulsiones, Déficit de Atención, etc):

HOSPITALIZACIONES: _____

CIRUGIAS (En que año) _____

VACUNAS ____ Si ____ No

ALERGIAS: _____

MEDICINAS que toma regularmente: (dosis/frecuencia)

HISTORIA SOCIAL: Vive con :

__ Padre / Padrastro Numero Hermanas: ____ Otros Parientes: _____

__ Madre / Madrastra Numero de Hermanos: ____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: (Si responde Si, Anote quien y la relación)

Si No Enfermedad Cardíaca Congenita ("*Defecto del Corazon*" notado en la niñez) _____

Si No Enfermedad Cardíaca Adquirida (Como Fiebre Reumática) _____

Si No Arritmia _____

Si No Cardiomiopatía _____

Si No Muerte Cardíaca Súbita (Muerte antes de los 40 años por problemas del corazón) _____

Si No Ataque al corazón (¿tuvo cirugías?) _____

Si No Presión Alta _____

Si No Diabetes _____

Si No Hiperlipidemia (Colesterol/triglicéridos Altos) _____

Otros _____

Cuál es su lenguaje principal: _____

Cuánto inglés habla? (Circule uno) Muy Bien / Bien / No Muy Bien/ No lo Hablo

Firma de la persona que llenó el formulario: _____ (relación: _____)

Para uso de la oficina solamente

Reviewed By: _____