



Fecha: \_\_\_\_\_ N.º de Exp. Méd. del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nombre Inicial segundo nombre Fecha de nacimiento Edad  
 Apellido

\_\_\_\_\_  
 Dirección N.º de depto. Ciudad Estado Código postal Condado de residencia

Tfno. de la casa  Tfno. del  Tfno. celular  
 trabajo

Correo electrónico seguro  Correo postal (a la dirección indicada) *Elija su método de contacto preferido.*

**Aviso: Utilizaremos todos los números de teléfono indicados anteriormente para comunicarnos con usted según sea necesario con fines de tratamiento y pago, a menos que usted restrinja el uso de esos números de teléfono por escrito.**

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: **Masculino Femenino** Estado civil: **Soltero Casado Viudo Divorciado**

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

**Etnia:** -Hispano/latino -Ni hispano ni latino -Prefiero no responder -No lo sé

**Raza:** -Indio americano o nativo de Alaska -Asiático  Negro o afroamericano -Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico -Blanco

¿Está empleado? **No Sí** ¿Está jubilado? **No Sí** \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna discapacidad? **No Sí** \_\_\_\_\_  
 Fecha Fecha

Empleador: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

<p><b>¿Está ingresado en la actualidad en un centro de enfermería especializada, hogar de convalecencia o recibiendo cuidados paliativos?</b> _____ Sí _____ No</p> <p><i>NOTA: Si respondió que NO, el paciente o cuidador debe informar de inmediato al personal <u>si lo ingresan en el hospital o en un centro de enfermería especializada, hogar de convalecencia o si recibe cuidados paliativos.</u></i></p>			
Nombre del centro		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Seguro primario** Grupo médico (HMO) N.º de ID N.º de grupo

Nombre del titular de la póliza y relación N.º del Seguro Social del titular de la póliza Fecha de nacimiento del titular de la póliza

**Seguro secundario** Grupo médico (HMO) N.º de ID N.º de grupo

Nombre del titular de la póliza y relación N.º del Seguro Social del titular de la póliza Fecha de nacimiento del titular de la póliza

Médico de atención primaria Teléfono

Información del médico que deriva Teléfono

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre Teléfono Relación con usted

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

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

### **Asignación de beneficios**

#### **Asignación de beneficios vitalicia de Medicare**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se me haga a mí o bien se realice en mi nombre al **Elija el Centro** (el "proveedor") cuando los servicios me los preste el proveedor. Autorizo a cualquier entidad que tenga en su haber mi información médica a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus representantes cualquier información necesaria para establecer estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Asignación de beneficios de Medigap (seguro complementario de Medicare)**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medigap se realice al proveedor y también autorizo a cualquier entidad que tenga en su haber mi información médica a divulgar a la compañía de seguros de Medigap que se menciona a continuación cualquier información necesaria para establecer los beneficios pagaderos por los servicios que me preste el proveedor.

Nombre del seguro de Medigap: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Asignación de beneficios general**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por el seguro se realice en mi nombre al proveedor en lo que respecta a cualquier equipo o servicio que estas organizaciones me brinden. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole a mi compañía de seguros para que pueda establecer los beneficios pagaderos por los servicios que me preste el proveedor.

Comprendo que tengo la responsabilidad financiera de pagarle al proveedor cualquier pago que no cubran mis beneficios de salud. Es mi responsabilidad notificar al proveedor de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no pueden establecerse hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura total o el saldo de la factura si se deniega el pago de los reclamos presentados en su totalidad o parcialmente. Acepto la responsabilidad financiera de pagar todos los servicios o productos recibidos.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Recibo del aviso conforme a la ley HIPAA sobre los derechos de privacidad de los pacientes**

Con mi firma a continuación, indico que he recibido el aviso conforme a la ley HIPAA sobre los derechos de privacidad de los pacientes y que se me han informado mis derechos de privacidad y cómo ejercerlos. Entiendo que todos los números de teléfono de contacto enumerados en el *Formulario de inscripción del paciente* pueden utilizarse con el fin de comunicarme información sobre el tratamiento o el pago, a menos que yo presente una solicitud por escrito para restringir el uso de alguno de los números de teléfono de contacto enumerados o de todos ellos.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Opción de cancelación de las comunicaciones para recaudar fondos**

Al marcar la siguiente casilla, indico que no quiero recibir ninguna comunicación de campañas de recaudación de fondos de mi proveedor.

No deseo recibir ninguna comunicación de campañas para recaudar fondos.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Autorización para divulgar la PHI a cuidadores

(Para personas que participan activamente en el cuidado del paciente o que son responsables de los pagos de la atención)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) (esposo/a, pareja, hermano/a, hijo/a, amigo/a, etc.) a acceder a mi información de salud privada (PHI, por sus siglas en inglés).

Nombre (en letra de molde) _____ Relación con usted _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____
Nombre (en letra de molde) _____ Relación con usted _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____
Nombre (en letra de molde) _____ Relación con usted _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____

Entiendo que esta(s) persona(s) está(n) autorizada(s) a acceder a mi información hasta que yo revoque esta autorización. La autorización puede revocarse de forma verbal o por escrito en cualquier momento siempre y cuando sea yo (el paciente) o mi representante designado por un poder notarial duradero para el cuidado de la salud quienes presentemos la solicitud de revocación.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Representante personal

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que puedo actuar en nombre de \_\_\_\_\_ (paciente) con los fines de autorizar tratamientos y/o de uso y divulgación de la PHI del paciente conforme a los derechos que me ha otorgado el estado. Proporcionaré todos los documentos legales necesarios para respaldar la afirmación anterior. (Adjunte la documentación legal a este formulario).

Ejemplos:

- Poder notarial duradero para el cuidado de la salud
- Apoderado para el cuidado de la salud
- Tutor legal designado por un tribunal
- Cartas testamentarias/de administración

Firma \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Lista de médicos

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

Enumere los nombres, direcciones y números de teléfono de los médicos de los que esté recibiendo atención. Si no tiene toda la información disponible en el momento de su vista, llámenos para facilitárnosla al llegar a casa. Esta información es muy importante para que podamos comunicarle a sus médicos su progreso.

**Médico primario:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Médico que deriva:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Oncólogo médico:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Cirujano:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Obstetra/ginecólogo:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Otro médico:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

## Formulario de origen de la derivación del paciente

(Entregue el formulario llenado en el área de recepción).

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

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_  
(Solo para el personal del consultorio)

Fecha en que se llena el formulario: \_\_\_\_\_

**¿Cómo supo de nuestro centro?** (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Médico:	_____	<input type="checkbox"/> Internet:	_____
	Nombre		Blog, sitio web, búsqueda
<input type="checkbox"/> Familiares/amigos:	_____	<input type="checkbox"/> Revista/periódico:	_____
	Nombre (opcional)		Nombre
<input type="checkbox"/> Paciente previo:	_____	<input type="checkbox"/> Radio/TV:	_____
	Nombre (opcional)		Estación/programa
<input type="checkbox"/> Compañía de seguros:	_____	<input type="checkbox"/> Otros medios:	_____
<input type="checkbox"/> Centro de Navegación de Pacientes:	_____		Cartel publicitario, evento, etc.

## Antecedentes informados por el paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha en que se llena el formulario: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Responda estas preguntas con la mayor exactitud posible. Esto ayudará a su médico a evaluar su enfermedad. Toda la información es confidencial y no se divulgará sin su permiso por escrito.

### Lista de enfermedades o problemas médicos crónicos

Cáncer de ano	Gota	Afecciones de la piel
Cáncer de vejiga	Ataques al corazón	Accidente cerebrovascular o parálisis
Cáncer de cerebro	Insuficiencia cardíaca	Enfermedad de la tiroides o bocio
Cáncer de seno	Soplo cardíaco	Ataque isquémico transitorio (TIA)/derrame cerebral (CVA)
Cáncer de cuello uterino	Hemorroides	Tuberculosis
Cáncer de colon	Hepatitis o enfermedad hepática	Resección transuretral de la próstata (TURP) (solo hombres)
Cáncer de endometrio	Hernia	Úlceras/ enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD)/ diverticulosis
Cáncer de las trompas de Falopio	Presión arterial alta	
Cáncer de pulmón	Colesterol alto	
Cáncer de páncreas/tumor del estroma gastrointestinal (GIST)	VIH o SIDA	
Cáncer de próstata	Hipertiroidismo o hipotiroidismo	
Cáncer de recto	Hiperparatiroidismo	
Cáncer de riñón	Hipertensión	
Cáncer de piel	Ritmo cardíaco irregular	
Cáncer de testículos	Síndrome del intestino irritable	
Cáncer de útero	Insuficiencia renal	
Anemia	Piedras en el riñón	
Angina	Leucemia/Linfoma	
Artritis	Lupus	
Asma	Migrañas	
Fibrilación auricular	Prolapso de la válvula mitral	
Coágulos o trastorno de coagulación	Esclerosis múltiple	
Hiperplasia prostática benigna (BPH)/próstata de tamaño aumentado	Osteopenia	
Enfermedad arterial coronaria (CAD)	Osteoartritis	
Colelitiasis	Osteoporosis	
Bronquitis crónica/enfisema	Cáncer de ovario	
Enfermedad renal crónica	Pancreatitis	
Sarpullidos crónicos	Enfermedad de Parkinson	
Cirrosis	Enfermedad vascular periférica	
Colitis	Prostatitis (solo hombres)	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Sangrado rectal	
Enfermedad de Crohn	Artritis reumatoide	
Cistitis o infecciones de vejiga	Escleroderma	
Depresión	Convulsiones o epilepsia	
Diabetes	Ansiedad grave	
Enfermedad diverticular (diverticulosis)	Disfunción sexual/menstrual	
Enfermedad degenerativa articular (DJD)	Otra enfermedad vascular del colágeno	
Enfermedad de la vesícula	Otros problemas neurológicos	
Glaucoma/cataratas	Otras operaciones/procedimientos urológicos	

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha en que se llena el formulario: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos:**

¿Tiene un marcapasos o desfibrilador interno implantados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía de cadera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Cirugías, procedimiento y hospitalizaciones**

Tipos de procedimientos u hospitalizaciones	Dónde	Año

**Importante: Tratamientos previos para el cáncer**

¿Alguna vez se ha sometido a cualquier tipo de radioterapia (p. ej., implante de semillas, cobalto, radiación externa, radioisótopos incluido el tratamiento de las manchas de nacimiento, el acné, el cáncer, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique dónde (el nombre de la institución) recibió este tratamiento, para qué se lo administraron y cuándo.	
¿Alguna vez ha recibido quimioterapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿con qué medicamentos y cuándo?	
¿Alguna vez ha recibido terapia hormonal para el cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿con qué medicamentos (p. ej., tamoxifeno, Femara, Lupron, Casodex)?	
Nombre, dosis y frecuencia de la terapia hormonal	Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha en que se llena el formulario: \_\_\_\_\_

**Para mujeres: (Antecedentes ginecológicos)**

Menarquia (primera menstruación)(edad): \_\_\_\_\_ fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_

¿Cuántos días suele durar su período?: \_\_\_\_\_ Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o podría estarlo?  Sí  No Edad en su primer embarazo \_\_\_\_\_

Embarazos (número): \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos (número): \_\_\_\_\_

Partos (número): \_\_\_\_\_

Indique si actualmente recibe tratamiento anticonceptivo:  Ninguno  Sí.

Indique cuál: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado hormonas (p. ej., estrógenos, píldora anticonceptiva, andrógenos, etc.)?

Sí  No

De ser así, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

**Enumere los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos los de venta sin receta, las vitaminas y suplementos:**

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo

**Alergias (a medicamentos, alimentos, yodo, etc.)**

¿Tiene alergia a algo?  Sí  No

De ser así, indique a qué tiene alergia y el tipo de reacción que le produce.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha en que se llena el formulario: \_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares

Parentesco	Edad	Problemas médicos	Si falleció, indique la edad y la causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			
Hijos			
<b>Comentarios</b>			

### Antecedentes sociales

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado/separado  Viudo  Conviviendo en pareja

Nombre del esposo/a o la pareja: \_\_\_\_\_

Profesión del paciente: \_\_\_\_\_

Situación laboral:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Licencia médica  
 Discapacidad  Jubilado

¿Alguna vez ha trabajado en una profesión que pudiera exponerlo a sustancias químicas que puedan causar cáncer, humos u otro tipo de sustancias carcinógenas?  Sí  No

¿A qué estuvo expuesto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

Vivienda:  Casa unifamiliar  Departamento  Vivienda móvil  ¿Quién vive con usted? \_\_\_\_\_

Transporte:  Puedo conducir  Necesito un conductor que me lleve

¿Lleva algún tipo de dieta especial?  Regular  Vegana/vegetariana  Para pacientes renales  
 Para diabéticos

# CUESTIONARIO DE CÁNCERES HEREDITARIOS

## Información personal

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

Sexo (Hombre/Mujer): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Esta es una herramienta de detección de cánceres que pueden darse en varios miembros de una misma familia (hereditarios). Marque (Sí) para aquellos que se apliquen a USTED y/o a SUS FAMILIARES. Al lado de cada afirmación, indique el parentesco del familiar con usted y la edad en la que recibió el diagnóstico del cáncer.

**Para responder, debe pensar en usted y en los siguientes familiares consanguíneos cercanos:** *Usted, su padre y su madre, sus hermanos/as, hijos/as, abuelos/as, nietos/as, tíos/as, sobrinos/as, hermanos/as de un solo padre, primos/as hermanos/as, bisabuelos/as y bisnietos/as.*

## Antecedentes de cáncer de USTED y de SUS FAMILIARES (Trate de ser lo más detallado y preciso posible).

	CÁNCER	USTED EDAD CUANDO LE DIERON EL DIAGNÓSTICO	PADRES, HERMANOS/AS E HIJOS/AS	EDAD CUANDO LE DIERON EL DIAGNÓSTICO	FAMILIARES POR PARTE DE MADRE	EDAD CUANDO LE DIERON EL DIAGNÓSTICO	FAMILIARES POR PARTE DE PADRE	EDAD CUANDO LE DIERON EL DIAGNÓSTICO
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>EJEMPLO:</b> <b>CÁNCER DE SENO</b>	45	-----	---	Tía Prima	45 61	Abuela	53
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CÁNCER DE SENO (Mujer u hombre)							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CÁNCER DE OVARIO (Peritoneal/de trompas de Falopio)							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CÁNCER UTERINO (DE ENDOMETRIO)							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CÁNCER DE COLON/RECTAL							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10 o más PÓLIPOS GASTROINTESTINALES EN TODA SU VIDA (indique el número)							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	OTRO(S) CÁNCER(ES) (Indique el tipo)	En este apartado, incluya los siguientes cánceres: <i>melanoma, páncreas, estómago (gástrico), próstata, cerebro, riñón, vejiga, intestino delgado, sarcoma, tiroides.</i>						

Sí  No ¿Es usted de origen judío askenazí?

Sí  No ¿Tiene alguna preocupación con sus antecedentes personales y/o familiares de cáncer?

Sí  No ¿Se han realizado usted o algún miembro de su familia pruebas genéticas para un síndrome de cáncer hereditario? (Explique o incluya una copia de los resultados de ser posible).

## Señales de alerta de los cánceres hereditarios (esta sección debe llenarse junto con su proveedor de atención médica. Marque todas las opciones que correspondan).

Antecedentes personales y/o familiares de cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/>	<b>Múltiples</b> Combinación de cánceres en el mismo lado de la familia:	<input type="radio"/> <b>2 o más:</b> cáncer de seno / de ovario / de próstata / de páncreas <input type="radio"/> <b>2 o más:</b> cáncer colorrectal / de endometrio / de ovario / de estómago / de páncreas / otros (es decir, uréter/pelvis renal, tracto biliar, intestino delgado, cerebro, adenomas sebáceos) <input type="radio"/> <b>o 2 o más:</b> melanoma / de páncreas
<input type="checkbox"/>	<b>Precoces</b> Cualquiera de los siguientes a los <b>50 años</b> o antes:	<input type="radio"/> Cáncer de seno <input type="radio"/> Cáncer colorrectal <input type="radio"/> Cáncer de endometrio
<input type="checkbox"/>	<b>Raros</b> Cualquiera de las siguientes presentaciones raras a <b>cualquier edad:</b>	<input type="radio"/> Cáncer de ovario <input type="radio"/> Cáncer de seno: cáncer de seno masculino o triple negativo <input type="radio"/> Cáncer colorrectal con inestabilidad microsatelital (MSI)/inmunohistoquímica (IHC) anormales, histología asociada a MSI †† <input type="radio"/> Cáncer de endometrio con MSI/IHC anormales <input type="radio"/> 10 o más pólipos gastrointestinales*

††Presencia de linfocitos infiltrantes de tumor, reacción linfocítica tipo Crohn, diferenciación mucinosa/anillo de sello, patrón de crecimiento medular. \*Tipo adenomatoso  
Los criterios de evaluación se basan en las pautas de asociaciones médicas. Para consultar las pautas individuales de cada asociación médica, visite [www.MyriadPro.com](http://www.MyriadPro.com).

## Revisión de la evaluación de riesgo de cánceres hereditarios (debe llenarse después de hablar con el proveedor de atención médica)

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

Firma del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para uso del consultorio exclusivamente:** ¿Se le ofreció al paciente la opción de realizarse pruebas genéticas de cánceres hereditarios?  SÍ  NO  ACEPTÓ  SE REHUSÓ

Indique si se ha programado una cita de seguimiento:  SÍ  NO Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES



Restablecer formulario

Imprimir formulario

Enviar formulario

Utilice el tabulador para pasar de un campo al siguiente

## Aviso para los pacientes

La American Cancer Society (ACS) ofrece servicios e información que podrían ayudarle a lidiar con su cáncer. Firme a continuación si acepta que su médico (o proveedor de atención médica) comparta su información con la ACS. Seguidamente, se pondrán en contacto con usted para facilitarle la información, los servicios y los recursos oncológicos que solicite.

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

La ACS se preocupa por su privacidad y protegerá y usará su información solo conforme a lo establecido en esta *Política de privacidad*, disponible en [www.cancer.org](http://www.cancer.org). La ACS usará la información mencionada en este formulario para comunicarse con usted acerca de los servicios que usted ha solicitado.

Si usted otorga su permiso a continuación, la ACS también puede usar su información para comunicarse con usted acerca de otros programas y servicios que puedan interesarle, invitarle a eventos en su comunidad y/o informarle sobre oportunidades de voluntariado u otras campañas de apoyo. Si desea que la ACS tenga permiso para comunicarse con usted con respecto a estas otras oportunidades, escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_ **(Iniciales del paciente)**

Si tiene alguna pregunta acerca de su cáncer, la ACS, sus programas, servicios o normas de privacidad, o si desea cambiar sus preferencias de contacto, visite [www.cancer.org](http://www.cancer.org) o llame al 1-800-227-2345. **La ACS está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**

Información del proveedor	Nombre del proveedor de atención médica:	ID de la ACS:
	Nombre del contacto derivado:	Teléfono: (    )    -

Información del paciente (se requiere un método de contacto como mínimo). La información compartida nos ayudará a coordinar los servicios eficazmente.	<b>Nombre del paciente (obligatorio):</b>		
	Dirección principal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Teléfono principal: (    )    -	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	Teléfono alternativo: (    )    -	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Trabajo
	Fecha de nacimiento: <small>formato: MM/DD/AAAA</small>	Idioma principal:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: <small>Especifique:</small>
Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra: <small>Especifique:</small>			
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre			

LE DIERON EL DIAGNOSTICO	Fecha del diagnóstico: <small>formato: MM/DD/AAAA</small>	Tipo de cáncer:	<input type="checkbox"/> Recurrencia
	Seguro:	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare + Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare + seguro privado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

<input type="checkbox"/> Solicitó administrador de salud personal (Kit para organizar la información de su cáncer y tratamiento)	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro idioma: <small>Especifique:</small>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Servicios solicitados	Mejor momento para llamar: <small>formato: 00:00</small>	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	¿Podemos dejarle un mensaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Transporte a tratamiento oncológico	Fecha de inicio requerida: <small>formato: MM/DD/AAAA</small>	Hora: <small>formato: 00:00</small>	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	
	<input type="checkbox"/> Alojamiento durante el tratamiento oncológico	Fecha de inicio requerida: <small>formato: MM/DD/AAAA</small>			
	<input type="checkbox"/> Apoyo individual para el cáncer de seno (programa Reach to Recovery)	Tipo de tratamiento:	<input type="checkbox"/> Apoyo temprano <input type="checkbox"/> Tumorectomía <input type="checkbox"/> Mastectomía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Avanzado		
	<input type="checkbox"/> Clases para mejorar la apariencia y autoestima durante el tratamiento (Look Good Feel Better)	Tono de la piel:	<input type="checkbox"/> Oscuro <input type="checkbox"/> Muy oscuro <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Medio		
	<input type="checkbox"/> Recursos/derivaciones para otras necesidades:	<input type="checkbox"/> Pelucas o elementos para cubrir la cabeza			

Comentarios/otra información que le gustaría que sepamos:

Instrucciones para el proveedor de atención médica: El aviso anterior con respecto al uso de la información por parte de la American Cancer Society debe compartirse con el paciente antes de devolvernos este formulario. ACS considerará que la entrega por parte del proveedor de atención médica de cualquier formulario de derivación de un paciente es el comprobante necesario de que este aviso ha sido compartido con el paciente. Una vez llenado, envíe el formulario por fax al 877-428-2862 o por correo electrónico a [SSBCREF@CANCER.ORG](mailto:SSBCREF@CANCER.ORG).

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Conforme a lo requerido por las normas de privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) de 1996:

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE LA SALUD SOBRE USTED (COMO PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO) PUEDE USARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.**

### **A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD**

Nuestro consultorio está comprometido con el mantenimiento de la privacidad de su información protegida de la salud (PHI). Para poder desempeñar nuestras funciones, crearemos registros de su persona que incluirán el tratamiento y los servicios que le prestemos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica. La ley también nos exige proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y de las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestro consultorio con respecto a su PHI. De conformidad con la legislación federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que esté vigente en ese momento.

Entendemos que estas leyes son complicadas, pero estamos obligados a proporcionarle la siguiente información importante:

- Cómo podemos usar y divulgar su PHI.
- Sus derechos con respecto a la privacidad y a su PHI.
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y a la divulgación de su PHI.

**Los términos de este aviso rigen sobre todos los registros que contengan su PHI y que se creen o conserven en nuestro consultorio. Nos reservamos el derecho de modificar o enmendar este *Aviso de prácticas de privacidad*. Cualquier modificación o enmienda de este aviso regirá sobre todos los registros sobre usted que nuestro consultorio haya creado o conservado en el pasado, así como aquellos que podamos crear o conservar en el futuro. Nuestro consultorio publicará una copia de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* actual en nuestras sedes en un lugar visible en todo momento. Además, usted puede solicitar una copia del aviso actualizado en cualquier momento.**

### **B. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO, COMUNÍQUESE CON:**

**Vantage Oncology, Attention: Director of Health Information Management, 53 Perimeter Center E., Suite 500, Atlanta, GA, 30346**

### **C. PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI) DE LOS SIGUIENTES MODOS.**

Las siguientes categorías describen los distintos modos de los que podemos usar y divulgar su PHI.

**1. Tratamiento.** Nuestro consultorio puede usar su PHI para prestarle tratamiento. Por ejemplo, le podemos recomendar que se realice análisis de laboratorio (como análisis de sangre u orina) y podemos usar los resultados para ayudarnos a establecer un diagnóstico. Podemos usar su PHI para prescribirle una receta o podemos divulgar su PHI a una farmacia cuando enviemos una receta en nombre de usted. Muchas de las personas que trabajan para nuestro consultorio, incluidas, entre otras, nuestros médicos y personal de enfermería, pueden usar o divulgar su PHI para prestarle tratamiento o ayudar a otras personas a prestárselo. Por ejemplo, podemos divulgar información a un médico que emita una derivación. Además, podemos divulgar su PHI a otras personas que pueden participar en su atención, como su esposo/a, hijos o padres.

**2. Pago.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para facturar y obtener el pago por los servicios y artículos que usted pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, nos podemos comunicar con su compañía de seguros para

confirmar que usted es elegible para recibir beneficios (y el alcance de estos), y podemos proporcionarle a su compañía de seguros los detalles con respecto a su tratamiento para que puedan determinar si cubrirán, o pagarán, su tratamiento. También podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de los costos, tales como familiares. Por último, podemos usar su PHI para facturarle a usted directamente los servicios y artículos.

**3. Funciones de atención médica.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI con fines del desempeño de nuestras labores. Algunos ejemplos de los modos en que podemos usar y divulgar su información en el desempeño de nuestras labores incluyen el uso de su PHI para evaluar la calidad de la atención que le hemos prestado o la realización de actividades administrativas relativas a los costos o a la planificación empresarial para nuestro consultorio.

**4. Recordatorios de citas.** En el transcurso del tratamiento que le prestemos, podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted a fin de recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento, servicios o resurtidos de medicamentos, o para recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

**5. Opciones de tratamiento.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para informarle posibles opciones o alternativas de tratamiento.

**6. Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para informarle beneficios o servicios relacionados con la salud que podrían interesarle, siempre y cuando nuestro consultorio no reciba remuneración directa o indirecta por dicha divulgación.

**7. Divulgación de información a familiares o amigos.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a un familiar o amigo que participe en su cuidado o en el pago de este, o que lo ayude en su cuidado, incluso después de su muerte. Por ejemplo, un padre, madre o tutor puede solicitarle a una niñera que lleve a su hijo/a al consultorio del pediatra para el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera podría tener acceso a la información médica de este menor.

**8. Divulgaciones requeridas por ley.** Nuestro consultorio usará y divulgará su PHI cuando nos lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

**9. Informes de salud pública.** Su información de salud puede divulgarse a organismos que velan por la salud pública conforme a requisitos legales. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades transmisibles al Departamento de Salud Pública del estado. También tenemos la obligación de compartir su información de salud con los registros estatales sobre el cáncer.

**10. Socios empresariales.** Podemos divulgar su información de salud a los contratistas, agentes y otros “socios empresariales” que necesiten la información para ayudarnos a obtener el pago o desempeñar nuestras funciones empresariales. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con una compañía de facturación que nos ayude a obtener el pago de su compañía de seguros o con una empresa de contabilidad o de asesoría legal que nos brinde asesoría profesional. Si divulgamos su información de salud a un socio empresarial, firmaremos un contrato por escrito para garantizar que dicho socio también proteja la privacidad de su información de salud. Si nuestro socio empresarial divulga su información de salud a un subcontratista o proveedor, el socio también firmará un contrato por escrito para garantizar que el subcontratista o proveedor también proteja la privacidad de su información.

**11. Comprobante de inmunizaciones.** Podemos divulgar el comprobante de las inmunizaciones de un menor a una escuela si el menor es un estudiante actual o potencial de dicha escuela, según lo exigido por las leyes estatales y otras leyes aplicables, si el padre, madre, tutor u otra persona que actúe en su lugar, o si un menor emancipado, nos autoriza a dicha divulgación, pero no necesitamos que dicha autorización se haga por escrito.

**12. Campañas de recaudación de fondos.** Podemos usar o divulgar su información demográfica, incluidos su nombre, dirección u otra información de contacto, edad, sexo, fecha de nacimiento, fechas de la información relativa a los servicios de salud, información sobre el departamento que le presta servicios, médico a cargo de su atención,

información sobre resultados y estado de inscripción en el seguro médico con fines de campañas de recaudación de fondos. En cada comunicación de una campaña de recaudación de fondos que le transmitamos, tendrá la opción de rehusarse a recibir futuras comunicaciones de esta índole. También le ofreceremos la oportunidad de volver a recibir este tipo de comunicaciones si usted lo desea.

**13. Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización.** La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier fin distinto de los enumerados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si usted cambia de opinión después de haber autorizado un uso o divulgación específicos de su información de salud, puede presentar una revocación por escrito de su autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni revertirá el uso o la divulgación de información hecha por nuestro consultorio que se produjera antes de que usted nos notificara su decisión.

#### **D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU PHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES**

Las siguientes categorías describen situaciones especiales en las que podemos usar o divulgar la información de salud que lo identifica:

**1. Riesgos para la salud pública.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que tengan la aprobación legal para recopilar información con los siguientes fines:

- conservar registros vitales, como certificados de nacimiento y defunción, y denunciar abuso o negligencia infantiles;
- prevenir o controlar enfermedades, daños o lesiones y discapacidades;
- notificar a una persona la posible exposición a una enfermedad transmisible, o notificar a una persona el posible riesgo de contagiar o contraer una enfermedad o afección;
- informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- notificar a una persona si un producto o dispositivo que puede estar utilizando ha sido retirado temporalmente del mercado por motivos de seguridad, y notificar a las agencias y autoridades gubernamentales adecuadas el posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluidos los casos de violencia doméstica); sin embargo, solo denunciaremos esta información si el paciente da su consentimiento o si nos lo exige o autoriza la ley;
- notificar a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones, enfermedades o vigilancia médica concernientes al lugar de trabajo.

**2. Actividades de vigilancia de la salud.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a una agencia que vele por la salud mediante el desempeño de actividades autorizadas por ley. Las actividades de vigilancia de la salud pueden incluir, a modo de ejemplo, labores de investigación, inspección, auditoría, encuesta, concesión de licencias, o acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales; u otras actividades necesarias para que el Gobierno supervise sus programas públicos, el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

**3. Demandas judiciales y procedimientos similares.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa si usted está implicado en una demanda judicial u otro procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una solicitud de presentación de pruebas, citación u otros procesos legales presentada por otra parte de la disputa, pero solo cuando hayamos hecho el esfuerzo de informarle la solicitud u obtener una orden para proteger la información que dicha parte ha solicitado.

**4. Cuerpos de seguridad.** Podemos divulgar su PHI si nos lo solicita un agente de los cuerpos de seguridad:

- con respecto a la víctima de un delito en ciertas circunstancias, si no podemos obtener el consentimiento de la persona;

- con respecto a una muerte que consideramos causada por una conducta delictiva o con respecto a una conducta delictiva producida en nuestras sedes;
- en respuesta a una orden judicial, orden de comparecencia, mandato de un tribunal, citación o proceso legal similar, o para identificar o encontrar a un sospechoso, testigo presencial, fugitivo o persona desaparecida;
- en caso de emergencia, para informar un delito (incluida la ubicación o las víctimas del delito, o la descripción, identidad o ubicación del infractor).

**5. Pacientes fallecidos.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a un perito o médico forense para identificar a una persona fallecida o la causa de su muerte. En caso necesario, también podemos divulgar la información para que una funeraria pueda desempeñar sus labores.

**6. Donación de órganos y de tejidos.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a organizaciones que se ocupan de la donación o el trasplante de órganos, ojos o tejido, incluidos los bancos de donación de órganos, en la medida necesaria para facilitar el proceso de donación y trasplante de órganos o tejidos si usted es donante.

**7. Investigación.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para usar su PHI con fines de investigación, excepto en los siguientes casos: (a) nuestro uso o divulgación están aprobados por una Junta de Revisión Institucional o una Junta de Privacidad; (b) obtenemos el acuerdo verbal o escrito de un investigador que garantice que (I) la información que se intenta recopilar es necesaria para la realización del estudio de investigación; (II) el uso o la divulgación de su PHI se hace solo con los fines de dicha investigación; y (III) el investigador se compromete a no sacar su PHI de nuestro consultorio; o (c) la PHI que desea obtener el investigador solo es relativa a una persona fallecida y el investigador presta su acuerdo verbal o escrito de que el uso o divulgación es necesario para la investigación y, si se lo solicitamos, nos facilita una prueba del fallecimiento de la persona antes de acceder a su PHI.

**8. Amenazas graves a la salud o la seguridad.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para la salud y seguridad de usted, de otra persona o del público en general. En estas circunstancias, solo divulgaremos la información a una persona u organización que pueda ayudar a evitar la amenaza.

**9. Ejército.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI si usted es un miembro del Ejército de los Estados Unidos o de otro país extranjero (o bien es veterano), si así lo requieren las autoridades competentes.

**10. Seguridad nacional.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a los funcionarios federales con fines de actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al presidente de los Estados Unidos, a otros funcionarios o a jefes de Estado extranjeros, o para realizar investigaciones.

**11. Presos.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a funcionarios de instituciones penitenciarias o de los cuerpos de seguridad si usted está preso o bajo la custodia de funcionarios de los cuerpos de seguridad. La divulgación con estos fines sería necesaria: (a) para que la institución le preste a usted servicios de atención médica; (b) para la seguridad y protección de la institución; y/o (c) para proteger la salud y la seguridad de usted o de otras personas.

**12. Compensación de Trabajadores.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI para el programa de Compensación de Trabajadores y otros programas similares.

**NO** podemos usar o divulgar su información de salud con los siguientes fines sin una autorización firmada:

**Mercadotecnia.** No podemos divulgar ninguna parte de su información de salud con fines de mercadotecnia si nuestro grupo médico recibirá

remuneración financiera directa o indirecta que no esté razonablemente relacionada con el costo de nuestro grupo médico de realizar la comunicación.

**Venta de información protegida de la salud.** No venderemos su información protegida de la salud a ningún tercero.

Sin embargo, la venta de la información protegida de la salud no incluye la divulgación con fines de salud pública; con fines de investigación en la que nuestro grupo médico solo recibirá remuneración por los costos de preparar y transmitir la información de salud; con fines de tratamiento y pago; con fines de venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o parte de nuestro grupo médico; con fines de que un socio empresarial o su subcontratista desempeñen las funciones de atención médica en nombre de nuestro grupo médico; o con otros fines según lo requerido y permitido por ley.

Si usted nos proporciona una autorización por escrito, puede revocar dicha autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos actuado conforme a la autorización. Para revocar una autorización, debe escribir al responsable de Privacidad de nuestro grupo médico. También puede solicitar la transferencia de sus registros a otra persona llenando un formulario de autorización por escrito.

## E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que conservemos sobre usted:

**1. Comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nuestro consultorio se comunique con usted acerca de su salud y los asuntos relacionados con ella de un modo particular o en cierto lugar particular. Por ejemplo, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted solo cuando esté en casa, y no en el trabajo. Para solicitar cualquier tipo de comunicación confidencial, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso y especificar el método de comunicación solicitado o la ubicación en la que desea ser contactado. Nuestro consultorio honrará las solicitudes razonables. No tiene por qué proporcionar un motivo para su solicitud.

**2. Solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre nuestro uso o divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o el desempeño de las labores de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que limitemos nuestra divulgación de su PHI exclusivamente a ciertas personas que participen en su cuidado o en el pago de su atención, como determinados familiares o amigos. Tiene derecho a solicitar que su información de salud no se divulgue a un plan de salud si usted ha pagado por los servicios en su totalidad y la ley no exige la divulgación por algún otro motivo. La solicitud de restricción solo corresponderá al servicio específico que solicite. Deberá solicitar una restricción para cada servicio adicional futuro. **No estamos obligados a aceptar su solicitud;** sin embargo, si la aceptamos, nuestro acuerdo será vinculante excepto en los casos requeridos por ley, en caso de emergencia o cuando la información sea necesaria para prestarle tratamiento.

Para poder solicitar una restricción sobre nuestro uso o divulgación de su PHI, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso. Su solicitud debe describir lo siguiente de forma clara y concisa:

- (a) la información que desea restringir;
- (b) si la solicitud de restricción es sobre el uso, la divulgación o ambos por parte de nuestro consultorio; y
- (c) a quién desea imponer la restricción.

**3. Revisión y copias.** Tiene derecho a revisar y obtener una copia en papel o electrónica de la PHI que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos y de facturación del paciente, si bien las notas de psicoterapia quedan excluidas de esta cláusula. Debe enviar una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso para poder revisar y/u obtener una copia en papel o electrónica de su PHI. Si desea recibir una copia electrónica de su información de salud, cumpliremos con su solicitud en la medida en que podamos facilitarle dicha información en el formato solicitado. De lo contrario, colaboraremos con usted para facilitarle una copia en formato de lectura electrónica según lo acordado. Nuestro consultorio puede cobrar un cargo por los costos de las fotocopias, envíos, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestro consultorio puede denegar su solicitud de revisar y/o fotocopiar su información en ciertas circunstancias limitadas, si bien usted puede solicitar que nuestra denegación se reconsidere. La reconsideración correrá a cargo de otro profesional de la atención médica elegido por nosotros para tal fin.

**4. Enmienda.** Puede pedirnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta o está incompleta, durante todo el tiempo que conservemos su información en nuestro consultorio. Para solicitar una

enmienda, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso. Debe proporcionarnos un motivo para respaldar su solicitud de enmienda. Nuestro consultorio denegará su solicitud si usted no envía su solicitud por escrito o no incluye el motivo para respaldar su solicitud. De igual modo, podemos denegar su solicitud si usted nos pide que enmendemos información que en nuestra opinión: (a) es precisa y está completa; (b) no forma parte de la PHI conservada por el consultorio o en su nombre; (c) no forma parte de la PHI que se puede revisar y copiar; o (d) no se creó en nuestro consultorio, excepto en los casos en que la persona o entidad que crearon la información no estén disponibles para enmendar la información ellos mismos.

**5. Lista de divulgaciones.** Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar una lista de divulgaciones; es decir, una lista de ciertas divulgaciones al margen de las rutinarias que nuestro consultorio haya hecho de su PHI con fines ajenos al tratamiento o al desempeño de nuestras funciones. No estamos obligados a documentar el uso de su PHI como parte de la atención de rutina de los pacientes en nuestro consultorio, por ejemplo, cuando un médico comparte información con el personal de enfermería o cuando el Departamento de Facturación utiliza su información para presentarle un reclamo a su seguro. Para solicitar una lista de divulgaciones, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso.

Todas las solicitudes de listas de divulgaciones deben indicar un rango de fechas, que no puede exceder los seis (6) años desde la fecha en que se produjo la divulgación y no puede remontarse a fechas previas al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses se proporciona de forma gratuita, pero nuestro consultorio puede cobrar las listas adicionales solicitadas en el mismo plazo de 12 meses. Nuestro consultorio le informará los costos asociados con las solicitudes adicionales y usted puede retirar su solicitud antes de incurrir en ningún gasto.

**6. Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*. Puede solicitarnos una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Para obtenerla, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso. También puede acceder a una copia de este aviso desde nuestro sitio web.

**7. Derecho a presentar una queja.** Si considera que sus derechos de privacidad se han violado, puede presentar una queja ante nuestro consultorio o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestro consultorio, debe enviarla por escrito a la dirección provista en este aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No recibirá ninguna sanción por presentar una queja.

**8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones.** Nuestro consultorio obtendrá una autorización por escrito de usted para los usos y divulgaciones que no se mencionen en este aviso o estén permitidos por las leyes aplicables, incluidos los relativos al VIH o SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, la información de salud genética, la salud mental o conductual y los tratamientos para el consumo de drogas o alcohol. Puede revocar cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y la divulgación de su PHI en cualquier momento, presentando la revocación por escrito. Una vez que haya revocado su autorización, dejaremos de usar y divulgar su PHI por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar los registros de su atención.

**9. Derecho a recibir una notificación de pérdida de confidencialidad.** Tiene derecho a ser notificado si hay un probable compromiso de su información protegida de salud no segura en los sesenta (60) días posteriores al hallazgo de la pérdida de su confidencialidad. El aviso incluirá una descripción de lo ocurrido, e incluirá la fecha, el tipo de información que ha dejado de ser confidencial, los pasos que usted debería tomar para protegerse de posibles daños, una breve descripción de la investigación sobre la pérdida de confidencialidad, las medidas para mitigar los daños y protegerlo contra futuras pérdidas de confidencialidad, y los procedimientos de contacto para responder sus preguntas.

## **F. COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS (POR CORREO ELECTRÓNICO) Y SU PHI**

**1. Comunicación electrónica con los pacientes.** No compartiremos ninguna parte de su PHI por medios electrónicos que no sean seguros. No solemos enviar PHI por correo electrónico salvo que esté protegida por un sistema de cifrado entre el remitente y el destinatario. No se transmitirá la PHI por medios electrónicos que no sean

seguros. Antes de comunicarnos con usted por medios electrónicos (por correo electrónico), debemos recibir una autorización de su parte. Puede concedernos su autorización llenando nuestro *Formulario de solicitud de comunicación por correo electrónico* y nuestro *Formulario de información importante sobre los correos electrónicos entre proveedores y pacientes*. Puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso.

**2. Solicitud de dirección de correo electrónico.** Se le puede pedir que facilite su dirección de correo electrónico con el único objetivo de enviarle información acerca de eventos, seminarios informativos, recordatorios de cuestionarios, etc. Si usted no desea recibir información de nuestra parte por correo electrónico, puede rehusarse a facilitar su dirección. También puede solicitar que eliminemos su dirección de correo electrónico de nuestra lista de destinatarios en cualquier momento. Para ello, envíe una solicitud por escrito a la dirección provista en este aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sus derechos de privacidad o nuestras políticas de privacidad relativas a su información de salud, utilice los siguientes datos de contacto:

**Vantage Oncology**

**Aviso: Director of Health Information Management**

**53 Perimeter Center E.**

**Suite 500**

**Atlanta, GA 30346**

**Teléfono: 770-682-2099**