



THOMAS A. DIGERONIMO, M.D., P.A.
NEUROLOGY

Plant City - 3302 West Baker Street, Plant City, Florida 33563
Riverview - 13117 Elk Mountain Drive, Riverview, Florida 33579
Wesley Chapel – 2106 Ashley Oaks Circle Suite 101, Wesley Chapel, Florida 33544

Estimado/Estimada

Bienvenido(a) a nuestro consultorio de neurología. Advierta su tarjeta adjunta de consulta. **Por favor complete los formularios adjuntos y llévelos a su consulta.** Dos días antes de su consulta, recibirá una llamada automática como recordatorio. **Escuche todo el mensaje y presione 1 para confirmar su consulta.** Asegúrese de proporcionar su número de teléfono celular y dirección de e-mail correcta para que podamos enviar los recordatorios de consultas.

TAMBIÉN SE REQUIERE PARA SU VISITA: Identificación fotográfica, tarjetas del seguro médico, expedientes médicos, lista de medicaciones, derivaciones, copagos y deducibles. Sólo aceptamos dinero en efectivo y tarjetas de crédito.

Si no puede asistir a su consulta, se le solicita que proporcione aviso con 24 horas de anticipación, si así no lo hiciera, se le cobrará una tarifiede **\$25.00**. Este costo debe ser pago antes de su próxima consulta.

Estamos afiliados con la mayoría de los principales planes de seguros médicos; sin embargo, existen algunos con los que no trabajamos. **LLAME A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS Y VERIFIQUE ANTES DE LLEGAR A NUESTROS CONSULTORIOS.**

DERIVACIONES: Su compañía de seguros médicos requiere que USTED obtenga sus derivaciones; **ES SU RESPONSABILIDAD.** Debemos recibir las derivaciones con una anticipación de 24 horas antes de su consulta. **Sin una dervación, su consulta tendrá que ser reprogramada. No podemos llamar a su médico el día de su consulta para solicitar una derivación.**

Firma del Pacienta: _____

Fecha: _____

Thomas A. DiGeronimo M.D. , P.A.

Thomas A. DiGeronimo, M.D., P.A., Glenn D. Turner, ARNP, Tina Theobald, ARNP, Sheri Mehl, ARNP

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:			
Fecha de nacimiento:	Número de la Seguridad Social	Sexo:			
Teléfono residencial:	Teléfono celular	Teléfono de trabajo:			
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:				
Contacto de emergencia	Teléfono:	Relación:			
E-mail:					
Derivación Médico Proveedor / Familiar		Teléfono:			
Información sobre la cobertura de seguro					
Titular de la póliza:		Relación con el paciente:			
Número de seg. soc. del titular principal:		Fecha de nac. del titular principal:			
Información del padre / tutor (se aplica a pacientes menores de 18 años)					
Nombre:	Fecha de nac.:	Número de la seguridad social:			
Calle:	Ciudad:	Estado, Código postal:			
Teléfono residencial:	Teléfono celular:	Trabajo:			
Compensación del trabajador o Accidente de vehículo automotor, por favor completar					
Marcar con un círculo:	Indemnización del trabajador	Vehículo automotor			
Seguro:	Fecha del accidente:	Reclamo nro.:			
Dirección de facturación del reclamo:	Ciudad:	Estado, Código Postal:			
Ajustador:	Teléfono del Ajustador:				
Historia de salud e información sobre la consulta					
¿CUÁL ES EL MOTIVO PRINCIPAL DE SU PRESENCIA AQUÍ HOY?					
Información de medicamentos y farmacia					
¿Cuál es la farmacia que usa?		Teléfono de la farmacia:			
Calle / ruta de la farmacia:					
Por favor, enumere a continuación los medicamentos que toma provenientes de todos los proveedores, incluyendo suplementos:					
Medicamento	Dosis / mg	Cómo se toma	Medicamento	Dosis / mg	Cómo se toma
Por favor describa a continuación cualquier alergia a medicamentos y la reacción que tuvo a los mismos.					

Medicamento	Reacción al medicamento

Historia familiar

Por favor marque con un círculo cualquier condición que conozca o piense que un miembro de la familia haya tenido. La familia incluye padre, madre, hermana, hermano, abuela, abuelo, o sus propios hijos. Indique el pariente a continuación de cada condición.

Soy adoptado	No tengo antecedentes familiares significativos	No lo sé.
Enfermedad de Alzheimer Anemia Aneurisma Ansiedad Asma Fibrilación auricular Enfermedad autoinmune Trastornos de la sangre Accidente cerebrovascular / ACV Parálisis cerebral EPOC	Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) Depresión Diabetes Enfermedad de la tiroides Epilepsia Enfermedad de GERD / reflujo Dolores de cabeza / migrañas Enfermedades del corazón / CAD Colesterol alto Hipertensión Neuropatía	Cáncer (_____) Esclerosis múltiple Miastenia grave Ataque al corazón (IM) Obesidad Osteoartritis Enfermedad de Parkinson Fibromialgia Artritis reumatoide Apnea del sueño Abuso de sustancias

Historia social

<p>¿Fuma?</p> <p>Sí No Dejó</p> <p>En caso de haber dejado, ¿durante cuánto tiempo fumó?</p> <p>En caso de haber dejado, ¿fue en qué año?</p>	<p>¿Consume alcohol?</p> <p>No Ocasional Social Moderado Consumidor constante</p> <p>¿Cuál es el nivel escolar más alto alcanzado?</p>
<p>¿Consume otras formas de tabaco?</p> <p>Sí No</p>	<p>¿Consume caféina?</p> <p>Ninguno Menos que diariamente 1 2 3 4 más de 4 días</p>
<p>¿Cuál es su preferencia religiosa?</p>	<p>¿Consume drogas ilegales?</p> <p>No Marihuana Cocaína Metanfetamina Otra</p>
<p>¿Cuál es su raza?</p>	<p>¿Cuál es su estado civil?</p>
<p>¿Cuál es su ocupación?</p>	<p>¿Cuál es su idioma nativo?</p>

Historia quirúrgica - Marque con un círculo todas las cirugías que corresponda

Apendicectomía	Dilatación y curetaje	Reparación de hernia	Ooforectomía
Lumpectomía de mama	Ablación endometrial	Histerectomía	Amigdalectomía / adenoides
Cataratas	Vesícula biliar	Laparoscopia	Ligadura de trompas
Colecistomía	Cirugía de corazón	Mastectomía	
Biopsia del cono	Hemorroides	Miomectomía	

Otras cirugías:

Historia médica pasada – Marque con un círculo cualquier condición que posea

Alergias	Insuficiencia cardíaca congestiva	Hepatitis A B C	Lesión de la columna vertebral
Alzheimer	EPOC	Colesterol alto	Osteoartritis
Anemia	Cáncer _____	Alta presión sanguínea	Osteopenia / Osteoporosis
Aneurisma	Parálisis cerebral	Tiroides alta (hipertiroidismo)	PTSD
Ansiedad	Depresión	Tiroides baja (hipotiroidismo)	Enfermedad de Parkinson
Artritis	Problemas de desarrollo	Dolor en las articulaciones	Neuropatía periférica
Asma	Diabetes	Problemas de riñón	Síndrome de la pierna inquieta
Fibrilación auricular	Epilepsia / Convulsiones	Problemas del hígado	Artritis reumatoide
Enfermedad autoinmune	Fibromialgia	Problemas pulmonares	Accidente cerebral vascular
Problemas de espalda	Fracturas _____	Lupus	Ataque isquémico transitorio (AIT)
Bipolar	Reflujo ácido / acidez	MRSA	Tuberculosis
Trastornos de sangrado	Problemas estomacales	Migrañas / Dolores de cabeza	Úlceras
Transfusión de sangre	Lesión craneal	Esclerosis múltiple	Vértigo
Tumores cerebrales	Ataque al corazón (IM)	Miastenia grave	

Thomas A. DiGeronimo M.D., P.A.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO SOBRE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Los medicamentos que contienen sustancias controladas (es decir, narcóticos, opiáceos, tranquilizantes, barbitúricos) son útiles, sin embargo, tienen un alto potencial de uso indebido y por lo tanto, están estrechamente controlados por los gobiernos locales, estatales y federales. Están pensados para aliviar el dolor y mejorar la función y/o la capacidad de trabajar, no simplemente para sentirse bien. Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su enfermedad y la terapia recomendada para que pueda tomar una decisión informada sobre si tomar o no el medicamento tras conocer los riesgos y peligros que conlleva.

MEDICAMENTOS: En la fecha de este Acuerdo se me han recetado los siguientes medicamentos.

Medicamentos: _____ Dosificación: _____ Cantidad: _____

A partir de la fecha de este Acuerdo, se le permitirán 0 reposiciones.

Medicamentos: _____ Dosificación: _____ Cantidad: _____

A partir de la fecha de este Acuerdo, se le permitirán 0 reposiciones.

Medicamentos: _____ Dosificación: _____ Cantidad: _____

A partir de la fecha de este Acuerdo, se le permitirán 0 reposiciones.

Medicamentos: _____ Dosificación: _____ Cantidad: _____

A partir de la fecha de este Acuerdo, se le permitirán 0 reposiciones.

***Proveedores: Marque las secciones que no sean necesarias arriba.**

Entiendo que si mi(s) prescripción(es) cambia(n) durante el tratamiento con este centro, se actualizará una lista de dichas prescripciones activas a través de Correcciones a este acuerdo si es necesario. Además, entiendo que se me pedirá que firme dichas listas de prescripciones actualizadas para aceptar los cambios en mis recetas y continuar el tratamiento con este centro.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y/O LA TERAPIA FARMACOLÓGICA: Solicito voluntariamente al Dr. DiGeronimo, como mi médico, y/o a Glenn Turner, A.R.N.P./Tina Theobald, A.R.N.P./Sheri Mehl, A.R.N.P. (en adelante "Asociados"), asistentes técnicos, enfermeras y personal sanitario que se considere necesario o conveniente, a tratar mi enfermedad, que se me ha explicado como: dolor crónico. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para administrar o seguir las prescripciones, sustancias controladas o medicamentos narcóticos como componentes del tratamiento de mi dolor crónico.

Se me ha explicado que esta medicación incluye narcóticos, que pueden ser perjudiciales. Además, entiendo que estos medicamentos son adictivos y pueden producir efectos o resultados adversos. Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos que conllevan y las posibilidades de complicaciones, como se indica a continuación. Entiendo que esta lista no es completa y que sólo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

Entiendo que me someteré a pruebas y exámenes médicos antes y durante mi tratamiento con el Dr. DiGeronimo y sus Asociados. Dichas pruebas incluyen análisis de orina y/o de sangre iniciales y posteriores, al azar y sin previo aviso, para detectar el consumo de drogas, y por la presente doy permiso para que se realicen las pruebas, en caso contrario, mi negativa dará lugar a mi baja inmediata del tratamiento con el Dr. DiGeronimo y sus Asociados. La presencia de sustancias no autorizadas puede producir la baja del tratamiento con el Dr. DiGeronimo y sus Asociados.

Sólo para pacientes femeninas: Hasta donde yo sé,

Estoy embarazada.

NO estoy embarazada.

Entiendo que debo informar al Dr. DiGeronimo y/o a sus Asociados inmediatamente si estoy embarazada, ya que la medicación prescrita podría tener un efecto adverso sobre mí y/o mi hijo(a) no nacido(a).

EFFECTOS COLATERALES MÁS COMUNES: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria, insomnio, depresión, alteración del razonamiento y del juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula), impotencia, intolerancia a la medicación, dependencia física y emocional/psicológica o incluso adicción, y muerte. Entiendo que puede ser peligroso conducir un automóvil u operar maquinaria mientras uso estos medicamentos, y puedo verme perjudicado durante todas las actividades, incluyendo el trabajo.

Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos que conllevan y las posibilidades de complicaciones, y sigo deseando recibir medicación de sustancias controladas para el tratamiento de mi enfermedad. Entiendo que puedo retirarme de este tratamiento e interrumpir el uso de la medicación en cualquier momento. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado de cualquier terapia con medicamentos o la curación de cualquier condición de salud. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi enfermedad y el tratamiento, los riesgos de la falta de tratamiento y la terapia farmacológica, y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Soy consciente de que algunos otros medicamentos pueden revertir la acción del medicamento que estoy utilizando para controlar el dolor.

SUSTANCIAS CONTROLADAS: Este consentimiento informado también contiene los siguientes requisitos importantes que debo cumplir para ser y permanecer como paciente del Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados y para recibir recetas de cualquier sustancia controlada. Por favor, escriba sus iniciales en cada uno de los puntos de la línea proporcionada.

Inicial

Soy responsable de los medicamentos que contienen sustancias controladas. Si la receta se pierde, extravía o incluso me la roban, o si la uso antes de lo prescrito, entiendo que **NO PUEDE** ser reemplazada.

Utilizaré la medicación exactamente como lo indica el Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados.

Algunas personas pueden desarrollar una tolerancia a las sustancias controladas, es decir, la necesidad de aumentar la dosis de medicamento para conseguir el mismo efecto de control del dolor. Es posible que me vuelva físicamente dependiente de la medicación. Si esto ocurre, cuando deje la medicación, debo hacerlo lentamente y bajo supervisión médica, o puedo tener síndrome de abstinencia.

NO solicitaré ni aceptaré ningún medicamento de sustancias controladas (i.e. narcóticos, opiáceos, tranquilizantes, barbitúricos, marihuana medicinal) de cualquier otro médico o individuo mientras estoy recibiendo la medicación del Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados. Además de ser ilegal hacerlo en algunos casos, ello puede poner mi salud en peligro. Las únicas excepciones son los medicamentos que ya estoy tomando y sobre los que ya he informado al Dr. DiGeronimo y/o a sus Asociados o los medicamentos prescritos si me encuentro hospitalizado o siendo atendido por uno de los Asociados del Dr. DiGeronimo en la clínica bajo su supervisión directa.

No consumiré drogas ilegales como heroína, cocaína, marihuana o anfetaminas. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento puede ser interrumpido.

Reposición de medicamentos que contienen sustancias controladas:

- Solo se hará durante el tratamiento con el Dr. DiGeronimo y/o sus asociados durante **horas regulares de trabajo**, en persona, o una vez al mes durante una visita programada al consultorio. Las reposiciones no se harán por la noche, en días festivos, durante los fines de semana o sin una visita al consultorio.
- NO** se hará en caso "del consumo anticipado". Soy responsable de tomar la medicación en las dosis prescritas y de mantener el control de las cantidades restantes.
- NO** se hará en caso de una "emergencia", como por ejemplo: el viernes por la tarde súbitamente me doy cuenta de que los medicamentos "se acabarán mañana". Llamaré por lo menos 24 horas antes en el caso de necesitar ayuda con una receta de medicación de sustancias controladas.

Todas las sustancias reguladas deben obtenerse en la misma farmacia, siempre que sea posible.

NO daré ni venderé los medicamentos recetados bajo ninguna circunstancia. Además de no ser legal, puede poner en peligro la salud de los que toman *mi medicación prescrita*.

TOMARÉ la medicación según lo prescrito. El uso inadecuado puede causar la muerte. Es mi responsabilidad informar al Dr. DiGeronimo y/o a sus Asociados sobre el éxito o el fracaso del tratamiento para que se realicen los ajustes adecuados en mi medicación. No me deben quedar píldoras a final de mes, ni se me deben acabar antes.

Entiendo que la principal meta del tratamiento es mejorar mi capacidad funcional y/o de trabajar. Teniendo en cuenta ese objetivo y el hecho de que se me está administrando una medicación potente para ayudarme a alcanzarlo, me comprometo a ayudarme a mí mismo siguiendo los mejores hábitos de salud: ejercicio si lo recomienda mi médico, pérdida de peso si lo recomienda mi médico, y no consumir alcohol ni tabaco. También participaré en terapias físicas según lo prescrito por mi médico. Entiendo que un estilo de vida más saludable es un elemento imperativo para el éxito de mi tratamiento.

Para que el Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados puedan controlar el cumplimiento del uso de la medicación, **estoy de acuerdo con se me realicen análisis al azar de consumo de drogas de orina y/o de sangre** y renuncio a ciertos derechos de privacidad y doy permiso al Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados para comunicarse con mis proveedores de atención médica fuera de la práctica del Dr. DiGeronimo, incluyendo, entre otros: mis médicos de referencia, médicos de atención primaria y farmacéuticos, con relación al consumo de sustancias controladas.

La negativa a someterse al azar a análisis de consumo de drogas o programadas supondrá la baja inmediata de la práctica médica.

Estoy de acuerdo y consiento en completar el análisis de consumo de drogas en orina ordenado inmediatamente en el día en que se ordenó en la consultorio del Dr. Thomas A. DiGeronimo. Además, estoy de acuerdo y consiento en que se me retire inmediatamente de la práctica médica del Dr. Thomas A. DiGeronimo si salgo del consultorio antes de completar el análisis de drogas en orina.

Entiendo que si **violo cualquiera de las condiciones anteriores, mis recetas de sustancias controladas y el tratamiento con el Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados pueden ser inmediatamente terminados.** Además del cese de la práctica médica, si la violación involucra la obtención de sustancias controladas proveniente de otras personas como se describe anteriormente, puedo ser reportado a mi médico primario y a otras autoridades.

He leído este contrato y me ha sido explicado por el Dr. DiGeronimo y/o sus Asociados. Además, entiendo las consecuencias del incumplimiento del contrato.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Nombre completo del padre/madre/tutor _____

Firma de los padres/tutores _____

Fecha _____

Firma del proveedor _____

Fecha _____

_____ Thomas A. DiGeronimo, MD

_____ Glenn Turner, ARNP

_____ Tina Theobald, ARNP

_____ Sheri Mehl, ARNP

Responsabilidad financiera

Declaración de responsabilidad financiera

Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta y asumo y garantizo mediante el presente instrumento el pago ágil de todos los gastos incurridos.

Notificación de los servicios "no cubiertos"

Soy consciente de que algunos servicios realizados por la Práctica Médica pueden ser considerados "no cubiertos" por mi compañía de seguros o Medicare. Por lo tanto, confirmo mi completa responsabilidad en relación al pago de estos servicios.

Renuncia a las cláusulas "habituales, acostumbradas y razonables" (para los pacientes con "cobertura fuera de la red")

Reconozco que los costos cobrados por la Práctica Médica por los servicios prestados a mí o a la persona por quien asumo la responsabilidad financiera, pueden exceder los honorarios considerados "habituales, acostumbrados y razonables" debido a servicios y personal especializados.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en pagar los costos de la Práctica Médica en su totalidad, incluso si la suma es mayor que la cantidad por la que soy reembolsado por parte de mi compañía de seguros.

Instrucciones de pago / Facturación

_____ Seguro comerciales / Terceros pagadores _____ Medicare

Por la presente autorizo a la Práctica Médica a facturar a mi compañía de seguros y / o a Medicare (indicado o firmado arriba) por los servicios que me fueron proporcionados y solicitar que los pagos por tales servicios sean hechos a la Práctica Médica en mi nombre.

Acuerdo financiero

El (la) abajo firmante acepta, tanto si firma como representante o como paciente, que en relación a los servicios a ser prestados al paciente, se obliga a pagar la cuenta de la clínica de acuerdo con las tarifas y condiciones regulares de la misma. Si la cuenta es remitida a una agencia externa o abogado de cobranzas, el abajo firmante acepta pagar los costos razonables de cobranza y los honorarios de abogado relativos a los gastos de dicha cobranza.

Consentimiento del paciente

Solicitud de atención y consentimiento para el tratamiento

El abajo firmante da su consentimiento para el tratamiento y atención médica, según se considere necesario o aconsejable de acuerdo al juicio del médico u otro proveedor. Thomas A. DiGeronimo M.D., P.A. tiene el derecho de negarse a prestar tratamiento si el paciente se niega a firmar este consentimiento o en caso que el paciente decida revocar este consentimiento en cualquier momento.

Asignación de beneficios de seguro

Autorizo el pago directamente a Thomas A. DiGeronimo M.D., P.A. correspondiente a cualquier beneficio de seguro que de otro modo se pagaría a mí por servicios médicos, a una tasa que no exceda los cargos regulares de Thomas A. DiGeronimo M.D., P.A. por dichos servicios.

Autorización para liberar información

Autorizo la liberación de los registros médicos e información relacionada por parte de Thomas A. DiGeronimo M.D., P.A. a representantes autorizados de terceros pagadores o médico relacionado con mi atención. Autorizo la revisión de los registros para cualquier auditoría necesaria de la agencia y la liberación del plan médico de atención y el resumen de alta de mi historial médico luego de mi transferencia a o desde otro centro de atención médica.

(Por favor, firme la siguiente declaración)

_____ **leí y revisé el formulario de responsabilidades del paciente y se me proporcionó una copia.**

El Abajo firmante certifica que ha leído el presente documento, que ha recibido una copia del mismo y que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como representante general del mismo para ejecutar lo mencionado más arriba y que acepta sus términos.

Paciente (letras de imprenta) _____ Fecha: _____

Firma del paciente o persona autorizada: _____

Si el paciente no firmó, por favor indique la razón: _____

Dr. Thomas A. DiGeronimo, Neurología

3302 West Baker Street – Plant City, FL 33563
Teléfono - (813) 752-1336 Fax (813) 754-6914

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ Número de seguridad social: _____

Solicito y autorizo **T. A. DIGERONIMO MD** a divulgar la información de salud del paciente mencionado a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información de salud relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas: _____

Toda la información de salud

Otra: _____

Definición: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), tal y como las define la ley, RCW 70.24 y siguientes, incluyen el herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis inespecífica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venéreo, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y gonorrea.

SÍ NO Autorizo la divulgación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativos o positivos, a las personas indicadas. Entiendo que las personas mencionadas serán notificadas de que debo dar un permiso específico por escrito antes de revelar los resultados de estas pruebas a cualquier persona.

SÍ NO Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental a las personas mencionadas.

Firma del paciente: _____ Fecha de la firma: _____

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA UN AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA.

Thomas A. DiGeronimo M.D., P.A.

Aviso de prácticas de privacidad

Esta notificación describe cómo la información sobre su salud puede ser utilizada y divulgada y cómo se puede tener acceso a dicha información.

Sus derechos

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en forma electrónica
- Corregir su historial médico en papel o en forma electrónica
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien que lo represente

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información al:

- Tratarle
- Administrar nuestra organización
- Facturar servicios
- Ayudar en asuntos de salud pública y seguridad
- Investigar

Sus opciones

Existen algunas opciones para elegir la forma en que usamos y compartimos la información al:

- Comunicar a su familia y amigos sobre su condición
- Proporcionarle ayuda en situaciones de emergencia
- Incluirlo en el directorio de un hospital
- Proporcionarle atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación del trabajador, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Quando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. Esta sección explica sus derechos y algunos de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otras informaciones de salud que podamos tener. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podremos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de dicho procedimiento.

Pedir que modifiquemos su historial médico

- Puede pedirnos que corriamos la información médica que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede ser el caso de que nos neguemos a su petición, pero le diremos por qué por escrito en un lapso de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, llamando al teléfono de su casa u oficina) o enviar el correo a otra dirección.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedir que limitemos aquello que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos determinada información de salud, de tratamiento, pago o de nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podremos negarnos en caso de que ello afecte su atención.
- Si paga de su bolsillo por un servicio o por una instancia de atención médica en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información a los fines de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces en que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de salud, y determinadas otras divulgaciones (como por ejemplo las que usted nos haya solicitado). Proporcionaremos un reporte anual gratis, aunque cobraremos una tarifa razonable basada en el costo del procedimiento en el caso de solicitar otro informe dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad. Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

Elegir a alguien que lo represente

- En caso de haber otorgado un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto utilizando la información de la página 2.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/complaints/.
- No existirán acciones retaliatorias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Para determinada información de salud, puede decirnos sus opciones de elección sobre aquello que compartimos. Si tiene una clara preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, por favor entre en contacto. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En esos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su atención
- Compartamos información en una situación de emergencia.

Si no puede decirnos sus preferencias, podremos continuar y compartir la información si creemos que es en su mejor interés. También podremos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para su salud o seguridad.

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información

- Principalmente compartir notas de psicoterapia

En casos de recaudación de fondos, podremos comunicarnos con usted para recaudar fondos, aunque puede pedirnos que no lo contactemos nuevamente.

Nuestros usos y divulgaciones

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que participen de su tratamiento.
- Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica médica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

Intercambio electrónico: Su información puede ser compartida con otros proveedores, laboratorios y grupos de radiología a través de nuestro sistema de EHR (registros electrónicos de salud).

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras – por lo general en formas que contribuyen al bien público como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir diversas condiciones ante la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar en asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información sobre usted en ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar al retiro de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- Informar la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica

Investigar

Cumplir con la ley

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en el caso en que la institución solicite verificar el cumplimiento de la ley federal de privacidad.

Podemos usar la información de salud compartida:

- Para reclamos de compensación del Trabajador
- Con agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales de gobierno, como por ejemplo el servicio militar, de seguridad nacional y de protección presidencial
- Responder a demandas y acciones legales
- Para la aplicación de la ley o con un oficial encargado de la aplicación de la ley

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
 - Le informaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos observar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas aquí a menos que nos manifieste por escrito que podemos hacerlo. Si ese es el caso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los Términos de esta Notificación

Podemos cambiar los términos de esta notificación y dichos cambios se aplicarán a toda la información sobre usted que tengamos en nuestro poder. La nueva notificación estará disponible bajo petición, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

En conformidad con las normas éticas de la profesión médica, Thomas D Digeronimo, MD y Asociados cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por causa de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Nuestra práctica también no excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ofrecemos lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades, se comuniquen con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros)
- Servicios gratuitos de idiomas para aquellas personas cuyo idioma natural no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

En caso de necesitar estos servicios, por favor entre en contacto para su implementación.

Si usted cree que nuestras prácticas no han proporcionado estos servicios o que ha sido objeto de discriminación por causa de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito dirigida a:

Amy Wyatt
Coordinadora de Derechos Civiles

Thomas Digeronimo, M.D & Associates
3302 West Baker Street
Plant City, Florida 33563

También puede comunicarse con la Coordinadora de Derechos Civiles por teléfono, llamando al (813) 752-1336. Ext. 102, o por email en Amy@drtomd.com o puede presentar una queja en persona. Si necesita ayuda para presentar una queja, Amy Wyatt estará disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relacionada a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019, o 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm>

Tagline Informing Individuals with Limited English Proficiency of Language Assistance Services

State of Florida

Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-813-752-1336

French Creole:

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-813-752-1336

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-813-752-1336

Portuguese:

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-813-752-1336

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-813-752-1336

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-813-752-1336

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-813-752-1336.

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-813-752-1336

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 هاتف الصم والبكم: 1-813-752-1336

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-813-752-1336

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-813-752-1336

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-813-752-1336번으로 전화해 주십시오.

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-813-752-1336

Gujarati:

ચુના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો િન:ગુજુ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટગુ ઉપલબ્ધ છ. ફોન કરો 1-813-752-1336

Thai:

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-813-752-1336