



ACKERMAN<sup>™</sup>  
Cancer Center

**Información del Paciente**

Apellido:		Nombre:		Inicial:		Tratamiento:	
Fecha de Nacimiento		SSN:		Médico Remitente:			
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Si no lo es, ¿Cuál es su nombre legal?			Nombre Anterior:		
Estado Civil:		Sexo <small>(al nacer)</small> : <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer					
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Apartado de Correos: <i>(Si aplica)</i>		Dirección de Correo Electrónico:					
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono de Trabajo: (u otro número)			
Estado Laboral: <i>(por favor, marque con un círculo)</i> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado		Empleador:		Ocupación:			
Método de Contacto Preferido: <i>(por favor, marque con un círculo)</i> <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Texto					Idioma Preferido:		

**En Caso de Emergencia**

Nombre del Contacto de Emergencia:		Relación con el Paciente:	
Número de Teléfono:		Otro Número de Teléfono: <i>(Por favor especifique)</i>	

**Si el Paciente no es el Titular de la Póliza**

Nombre del Titular de la Póliza:		DOB:		SSN:	
Firma del Titular de la Póliza:					

**Planificación de Atención Avanzada**

¿El Paciente Posee los Siguientes Documentos? <i>(por favor, marque con un círculo)</i> <input type="checkbox"/> Testamento <input type="checkbox"/> Poder Notarial <input type="checkbox"/> Apoderado de atención médica <input type="checkbox"/> Directiva Anticipada <input type="checkbox"/> N/A	
---	--



# ACKERMAN<sup>TM</sup>

Cancer Center

### Datos del Médico y la Farmacia

Proveedor de Atención Primaria (PCP):		Número de Teléfono del PCP:	
Farmacia Preferida:		Número de Teléfono de la Farmacia:	
Dirección de la Farmacia:	Ciudad:	Estado:	Código Postal

Por favor, enumere **TODOS** los médicos tratantes activos  
(por ejemplo, Cardiólogo, Internista, Neumólogo, Oncólogo, etc.)

Nombre del Médico	Especialidad

### Datos Demográficos

Se recomienda recopilar la siguiente información por parte de las agencias federales de salud. Esta información se utiliza para monitorear y mejorar la calidad de la atención brindada a todos los pacientes.

<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska
	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Responder <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Etnia:</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otro: _____

### ¿Cómo nos encontró?

<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Médico Remitente
<input type="checkbox"/> Búsqueda en Línea	<input type="checkbox"/> Valla Publicitaria	<input type="checkbox"/> Pasando en Auto	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Redes Sociales	<input type="checkbox"/> Anuncio Impreso	<input type="checkbox"/> Evento Comunitario	



# ACKERMAN<sup>TM</sup>

Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Motivo de la Visita: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado algún dolor el día de hoy? Si es el caso, por favor indíquelo a continuación:

Sin dolor						Dolor insoportable				
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

**Historial de Cáncer** (por favor, marque todas las casillas que correspondan)

Tipo	N/A	Propio	Madre	Padre	Hermano(s)	Abuelos		Otro	Comentarios
						Materno	Paterno		
Pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colorrectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cabeza y Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ginecológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Es usted de ascendencia Judía Asquenazi?  S  N

**Historial previo de Radioterapia/Cirugías/Hospitalizaciones Importantes**

Procedimiento	Fecha (MM/AAAA)	Cirujano/Hospital	Motivo/Complicaciones

**Historial Social**

	Si	No	Dejó de hacerlo	Comentarios
¿Consume alcohol?				Bebidas por semana: _____
¿Fuma tabaco?				Años fumando: ____ Paquetes al día: ____
¿Consume drogas ilegales o sustancias controladas?				
¿Rutina de ejercicio semanal?				
Describa su dieta habitual				



**ACKERMAN**  
Cancer Center

### Lista de Medicamentos

Nombre	Dosis	Número de veces por día	Vía (¿oral/inyección?)

### Exámenes y Vacunas

*Por favor, indique las fechas y los resultados de cualquiera de los siguientes procedimientos que haya tenido*

Tipo	Fecha Aproximada	Resultados (si aplica)
Examen físico		
Colonoscopia		
Mamografía		
Prueba de Papanicolaou		
Vacuna contra la gripe		
Vacuna contra el VPH		
Vacuna contra la neumonía		
Vacuna contra el herpes zóster		
Vacuna contra la COVID-19		
Otro: _____		

### Alergias

Categoría	Tipo de Alérgeno	Reacción al Alérgeno
Alimentos		
Medicamentos		
Látex		
Contraste/Tinte IV		
Otro: _____		



# ACKERMAN<sup>TM</sup>

Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Revisión de Sistemas

Historial Médico	Síntomas Actuales
<i>Marque con un círculo las opciones que correspondan</i>	<i>Marque con un círculo las opciones que correspondan</i>
<b>General</b>	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Cambio de peso <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Neurológico</b>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Mala coordinación <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Mareo <b>Cambios:</b> <input type="checkbox"/> Memoria <input type="checkbox"/> Función motora <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Oído, Nariz y Garganta</b>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> <i>Audífon o</i> <input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Cambios en el gusto <input type="checkbox"/> <i>Dentaduras postizas</i> <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Ojos</b>	<b>Visión:</b> <input type="checkbox"/> Borrosa <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> <i>Lentes de contacto o gafas</i> <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Intolerancia a la luz <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Endocrino</b>	<input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío o al calor <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> <i>Marcapasos</i> <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Cambio reciente en la tolerancia al ejercicio <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Hematológico/Linfático</b>	<input type="checkbox"/> Sangrado anormal <input type="checkbox"/> hematomas anormales <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Congestión del pecho <input type="checkbox"/> <i>Uso de oxígeno</i> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <b>Tos:</b> <input type="checkbox"/> Productiva <input type="checkbox"/> No productiva <input type="checkbox"/> Otro: _____



ACKERMAN<sup>TM</sup>  
Cancer Center

Historial Médico	Síntomas Actuales
<i>Marque con un círculo las opciones que correspondan</i>	<i>Marque con un círculo las opciones que correspondan</i>
<b>Gastrointestinal</b>	
<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Sangre en las heces (negra o alquitranada)
<input type="checkbox"/> RGE (Reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/> Disminución del apetito <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> <b>Dolor:</b> Rectal
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Genitourinario</b>	
<input type="checkbox"/> Trastorno urinario/renal	<input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre la función sexual <input type="checkbox"/> Dolor pélvico
	<input type="checkbox"/> Frecuencia <input type="checkbox"/> Dificultar
	<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Corriente débil <input type="checkbox"/> Incontinencia
	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Micción frecuente durante la noche
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Salud de la Mujer:</b>	
<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/> Sofocos / sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Dolor/sangrado durante el sexo
Embarazos pasados (#___)	<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada <input type="checkbox"/> Secreción vaginal/picazón
Partos pasados (#___)	<input type="checkbox"/> Dolor intenso/calambres durante la menstruación
	<b>Mama:</b> <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Bultos <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Inversión del pezón
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Salud del Hombre:</b>	
	<input type="checkbox"/> Problemas de erección <input type="checkbox"/> Bultos/hinchazón en los testículos
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Musculoesquelético</b>	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones
<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> <b>Dolor:</b> <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Articulaciones <input type="checkbox"/> Extremidades
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Músculos <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Huesos
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Piel</b>	
	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Picazón en la piel <input type="checkbox"/> Incisión quirúrgica
	<input type="checkbox"/> Masas <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Cambios en la piel
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Psiquiátrico</b>	
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad o pánico	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático)	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____



**ACKERMAN**<sup>™</sup>  
Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Bienestar**

*por favor, marque sus respuestas a continuación*

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nada en absoluto	Varios días	Más del 50% de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanzas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Hay algún recurso adicional que le gustaría comentar con el área de Trabajo Social?**

*por favor, marque sus respuestas a continuación*

- Grupos de apoyo       Alojamiento       Atención médica domiciliaria   
Transporte       Seguro       Otro: \_\_\_\_\_



**ACKERMAN**<sup>™</sup>  
Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Autorización de Divulgación de Historial Médico**

*(Divulgación Completa de Información de Salud para Tratamiento y Calidad de Atención)*

Entiendo que mi decisión de firmar este formulario no afectará mi capacidad para recibir tratamiento médico, el pago de dicho tratamiento, la inscripción en un seguro de salud o la elegibilidad para beneficios. Al firmar este formulario, autorizo voluntariamente, doy mi consentimiento y permito el uso y divulgación de la información.

**De que:** Toda mi información de salud, incluidos los detalles sobre condiciones sensibles (si las hubiera) **De quién:** Todas las fuentes de información.

**Para quién:** Centro Oncológico Ackerman | *Oficina de registros médicos*  
10881 San Jose Blvd, Teléfono: 904-880-5522  
Jacksonville, FL 32223 Fax: 904-880-5533

**Propósito:** Brindarme tratamiento médico, servicios y productos relacionados, así como evaluar y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes.

**Período de vigencia:** Este formulario permanecerá en efecto durante toda mi vida o hasta el día en que retire mi autorización.

**Revocación de mi autorización:** Puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito al Centro Oncológico Ackerman.

**Además:**

- Autorizo el uso de una copia (incluida una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias en las que esta información puede ser divulgada nuevamente a otras personas.
- Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de mi información de salud cuando la ley lo permite sin necesidad de mi autorización específica.
- He leído todas las páginas de este formulario y acepto las divulgaciones mencionadas anteriormente de los tipos de fuentes indicadas.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante, si corresponde (*por favor, escriba en letra de imprenta*)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente



# ACKERMAN<sup>™</sup>

Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimientos Generales

### Servicios de Diagnóstico

Doy mi consentimiento para recibir servicios de diagnóstico en el Centro Oncológico Ackerman. Estos servicios pueden incluir, entre otros, tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones combinadas con CT (PET-CT), mamografías, radiografías diagnósticas, resonancias magnéticas (MRI) y ecografías.

Muchos de estos servicios de diagnóstico se ofrecen en otros lugares de la comunidad. Por favor, consulte con nuestra recepción para obtener una lista actualizada de las instalaciones que ofrecen estos servicios si desea realizarlos en otro lugar.

### Comunicación Digital

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones digitales, como mensajes de texto o correos electrónicos del Centro Oncológico Ackerman. Al firmar a continuación, indico que soy la persona legalmente responsable de todas las cuentas móviles, que tengo al menos 18 años de edad y que acepto todos los términos y condiciones del uso de los servicios de mensajería de texto.

Pueden aplicarse tarifas de mensajes y/o datos. Para cancelar la suscripción en cualquier momento, llame al 904-880-5522 y hable con un representante del Centro Oncológico Ackerman. Los mensajes de texto no sustituyen la atención profesional o médica.

### Visitas al Consultorio

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, videos y/o grabaciones de audio de mí o de partes de mi cuerpo durante las visitas al consultorio, con el consentimiento de mi médico. Este contenido se utilizará únicamente en mi expediente médico, a menos que mi médico considere que esta información podría ser útil para la investigación médica, la educación o la ciencia. Renuncio a cualquier derecho de propiedad sobre cualquier fotografía, video y/o grabación de audio tomada y/o publicada. Entiendo que no recibiré ningún pago de ninguna parte.

### Cambio de Información de Contacto

Doy mi consentimiento y asumo la responsabilidad de notificar al Centro Oncológico Ackerman cuando mi información de contacto cambie.

*Negarse a dar consentimiento para cualquiera de los puntos anteriores no afectará la atención médica que recibiré de ninguna manera. He leído y acepto los consentimientos anteriores.*

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante, si corresponde (por favor, escriba en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

# ACKERMAN CANCER CENTER

## HIPAA Omnibus Aviso de Prácticas de Privacidad



10881 SAN JOSE BLVD, JACKSONVILLE, FL 32223 | 904.880.5522

Efectivo a partir de Abril/14/2003

Éste aviso describe cómo la información médica relevante a su persona puede ser utilizada y compartida, y cómo usted mismo puede obtener acceso a la misma. Por favor lea cuidadosamente.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO constituye una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros Asociados Comerciales y sus subcontratistas pueden utilizar y compartir su PHI (Información Médica Protegida) para proceder con su tratamiento, pago o TPO (Funciones de Atención Médica) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos al acceso y control de los datos de su información médica protegida. La "Información médica protegida" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que pueda identificarle y que sea relevante a su condición mental o física pasada, presente o futura y que esté relacionada con los servicios del cuidado de la salud.

### Sus Derechos

Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtenga una copia electrónica o impresa de su record médico

- Usted puede pedir una copia o ver su record médico y cualquier otra información respecto a su salud que esté en nuestro poder. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica usualmente a los 30 días de que usted la solicite. Puede que éste servicio tenga un cargo razonable, basado en el costo.

#### Solicítenos cualquier corrección necesaria a su record médico

- Usted puede solicitarnos que corrijamos la información médica que usted considere que esté incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podremos responder negativamente a su solicitud, pero le ofreceremos una explicación del por qué por escrito y dentro de un período de 60 días.

#### Solicite comunicaciones confidenciales

- Usted puede solicitarnos que le contactemos de determinada manera (por ejemplo, a través del teléfono de su casa o el de su oficina) o que le enviemos correos electrónicos a una dirección alterna.
- Responderemos afirmativamente a las solicitudes razonables.

#### Solicítenos que limitemos la información médica que utilizamos o compartimos

- Usted puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras propias operaciones. No estamos requeridos a acceder a su solicitud, y podremos responder negativamente si dicha solicitud interfiere con su cuidado.
- Si usted paga por un servicio médico o algún otro evento con dinero de su bolsillo, usted puede solicitarnos que no compartamos ésta información debido a propósitos de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora. Responderemos afirmativamente, a menos que alguna ley nos requiera compartir dicha información.

#### Obtenga una lista de aquellos con quienes hayamos compartido información

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica a partir de seis años antes de la fecha de la solicitud, detallando qué compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información compartida, con excepción de aquella relacionada a su tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas otras divulgaciones (como aquellas que usted mismo nos haya solicitado). Nosotros le proporcionaremos los registros de un año gratis, pero se le cobrará una cuota razonable, basada en los costos, si pide otra en un plazo menor a 12 meses.

#### Obtenga una copia de éste Aviso de Privacidad

Puede pedir una copia en papel (impresa) de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

#### Elija a alguien para que actúe por usted

- Si le ha dado a alguien poder médico de abogado o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga ésta autoridad y pueda actuar para usted antes de tomar cualquier acción.

#### Presente una queja si considera que sus derechos han sido violados

Usted puede presentar una queja a la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para los Derechos Civiles enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

- Quejas

Usted puede presentar una queja con nosotros o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificándole a nuestro de Oficial de Conformidad (Compliance Officer) sobre la misma. **No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.**

## Sus Preferencias

Concerniendo cierta información médica, usted puede decirnos sus preferencias acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia sobre cómo deberíamos compartir su información respecto a las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere hacer, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otros involucrados en su cuidado
- Compartamos información en una situación de desastre
- Que incluyamos su información en un directorio del hospital

*Si no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si usted está inconsciente, podremos compartir su información si creemos que es para su bien. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de mercadotecnia o comercialización
- Venta de su información
- Intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podremos contactarlo para recaudación de fondos, pero usted puede solicitarnos que no nos comuniquemos con usted otra vez.

## Otros Usos o Divulgaciones

- ¿Cómo utilizamos o compartimos regularmente su información médica?

Regularmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

### Para tratarle

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que estén tratándole.

*Por Ejemplo: Un médico que está tratándole por una lesión le pide información a otro médico sobre su estado de salud general.*

### Para nuestros propios records

Podemos utilizar y compartir su información médica para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para manejar su tratamiento y sus servicios.*

### **Para facturarle los servicios**

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y cobrarle a las aseguradoras o a otras entidades.

*Ejemplo: Damos información a su aseguradora para que procese los pagos por sus servicios.*

## **¿De qué otra manera utilizamos o compartimos su información médica?**

Se nos permite o estamos requeridos a compartir su información de otras maneras – generalmente en formas que contribuyen al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones impuestas por la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos.

### **Para ayudar en situaciones de riesgo de salud y seguridad pública**

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar a retirar productos farmacológicos peligrosos
- Reportar reacciones adversas a ciertos medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza de salud seria contra cualquier persona o su seguridad

### **Para realizar investigaciones**

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

### **Para el cumplimiento de la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si ellos desean comprobar que nosotros estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

### **Para responder solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica sobre usted con las organizaciones de adquisición de órganos.

### **Para trabajar con un director fúnebre o médico forense**

Podemos compartir información médica con un forense o con el director de una funeraria cuando un individuo fallece.

## Para responder las solicitudes de compensación, cumplimiento de la ley o demás requisitos gubernamentales

Podemos utilizar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de compensación
- Para fines de cumplimiento de la ley o de un oficial de la ley
- Con los organismos de supervisión de salud autorizados por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como los servicios militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

## Para responder contra acciones legales y demandas judiciales

Podemos compartir información médica sobre usted como respuesta a una orden de la corte, una orden administrativa o como respuesta a una citación.

## Nuestras Responsabilidades

- No utilizaremos o compartiremos su información de otra forma que no sea la que se describe aquí, a menos que usted nos lo haya permitido por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión
- Se nos requiere por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las normas y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia de la misma.
- Nunca compartiremos ninguna información sobre el tratamiento de abuso de sustancias sin tener su permiso por escrito.

## Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y brindar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. También estamos obligados a acatar los términos del aviso actualmente en vigor. Si usted tiene cualquier pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con el Oficial de Conformidad de la HIPAA (Compliance Officer) en persona o por teléfono, a nuestro número de teléfono principal.

Por favor firme el formulario de "Reconocimiento" adjunto. Por favor, tenga en cuenta que al firmar el formulario de reconocimiento está únicamente reconociendo que ha recibido o que se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

### Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

---

Nombre del paciente o representante

Fecha



**ACKERMAN**<sup>™</sup>  
Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad | HIPAA**

Según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Oncológico Ackerman, podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano u otra persona que usted identifique. Este formulario será válido durante toda la vida del paciente o hasta que se retire el permiso mediante un aviso por escrito dirigido al Centro Oncológico Ackerman.

Por favor, escriba a continuación los nombres de las personas a quienes autoriza la divulgación de su información de salud.

Nombre	Relación con el Paciente	Número de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***He leído y acepto el Aviso de Prácticas de Privacidad.***

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante, si corresponde (*por favor, escriba en letra de imprenta*)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente



**ACKERMAN**  
Cancer Center

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Formulario de Responsabilidad Financiera**

Nos comprometemos a brindar a nuestros pacientes la atención médica de la más alta calidad. Por favor, lea y firme este formulario para confirmar su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes. Este formulario será válido durante toda la vida del paciente o hasta que se retire el permiso mediante un aviso por escrito dirigido al Centro Oncológico Ackerman o a la Urología Ackerman.

Por la presente, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente al Centro Oncológico Ackerman y sus entidades de atención médica asociadas para servicios médicos. Entiendo que si mi aseguradora niega o no cubre mi reclamación por los servicios médicos que se me han proporcionado, reconozco que asumo la responsabilidad financiera total por estos servicios, dado que fui notificado de esto antes de que se prestaran los servicios. Entiendo los términos de este formulario y acepto la responsabilidad financiera con o sin el uso de cobertura de seguro. Entiendo que los copagos deben pagarse en el momento del servicio.

Entiendo que cualquier servicio relacionado con una Resonancia Magnética Corporal Total electiva no está cubierto por el seguro y asumo la responsabilidad financiera total por estos servicios.

He leído y entiendo este Formulario de Responsabilidad Financiera descrito anteriormente. Acepto pagar a tiempo y en su totalidad los montos adeudados al Centro Oncológico Ackerman y a la Urología Ackerman por todos los artículos y servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante, si corresponde (*por favor, escriba en letra de imprenta*)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente