



**Coastal Endocrinology**  
Arturo Castro M.D., F.A.C.E.  
3585 Murrell Road, Suite B, Rockledge, FL 32955  
Teléfono: (321) 301-1692 Fax: (321) 301-1691

---

**HOJA DE REGISTRO DEL PACIENTE**

**Información del Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección #1: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección #2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Domicilio: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_ Mujer: \_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Cónyuge: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

**Doctor Primario:** \_\_\_\_\_ **Quién lo refirió:** \_\_\_\_\_

---

**Pariente Designado:**

Autorizo la discusión de mi condición médica y diagnóstico (incluyendo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud con:  Cónyuge  Hijos  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

---

**Información del Garante: (Persona Económicamente Responsable de la Cuenta)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

---



## INFORMACION DEL SEGURO

### Seguro Primario

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Miembro ID#: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Miembro ID#: \_\_\_\_\_

### Asignación y Liberación:

Autorización para tratar y divulgar información a la compañía de seguros para el pago directo al proveedor: autorizo el tratamiento y la liberación de información médica (adquirida en mi tratamiento) para procesar los reclamos a mi compañía de seguros. Autorizo el pago directo de mi compañía de seguros a mi proveedor. En cualquier momento que decida que quiero presentar mis propios reclamos, entiendo que el pago en su totalidad será requerido en el momento del servicio. También entiendo que voy a ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

---

Lo podemos contactar por celular o correo electrónico sobre sus citas u otros asuntos que no incluyan información específica de su tratamiento? SI \_\_\_ NO \_\_\_

### Aviso de Privacidad:

Recibí una copia del Aviso de Privacidad de la oficina del Dr. Arturo Castro, requerido por HIPAA.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Escribir): \_\_\_\_\_



## Declaración de Política Financiera

Creemos firmemente que todos los pacientes que acuden a esta oficina esperan y merecen atención médica de calidad. Para que podamos brindar este nivel de servicio, es importante que nuestros pacientes comprendan nuestras políticas financieras. Por lo tanto, le pedimos que lea y firme la siguiente información importante:

1. Somos "proveedores" para muchos planes de seguro. Si somos un proveedor participante en su plan, seremos incluidos en el directorio de "lista de proveedores" o "proveedor preferido" de su grupo. Le cobraremos a su compañía de seguros directamente y recibiremos el pago directamente de ellos. La mayoría de los planes requieren un "copago" por visita y/o tienen "deducibles" anuales. Algunos planes requieren que pague un copago cuando se proporcionan pruebas de diagnóstico. Requerimos que los copagos y/o deducibles se paguen al momento de recibir los servicios.
2. Si su seguro requiere aprobación de derivación médica, la documentación necesaria es su responsabilidad. Debe entregar su nota de derivación y/o número a la recepcionista cuando se registre para ver al médico. (Se requiere la información de derivación antes de ver al médico). Si su compañía de seguros no paga nuestra factura, usted será responsable del monto total de la factura.
3. Si la información de su seguro está actualizada, presentaremos hasta dos formularios de reclamo de seguro por separado por los servicios que reciba. Es su responsabilidad informarnos sobre los cambios en su plan de seguro. Estos formularios se procesan diariamente y se envían a su compañía de seguros. Nos complace ayudarlo presentando reclamos de seguro. Es importante recordar que su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Aunque presentamos reclamos por usted, usted sigue siendo responsable de su factura, independientemente del monto que pague su compañía de seguros, excepto en los casos de acuerdos de seguro negociados previamente y donde esté legalmente prohibido.
4. **Si no tiene seguro, o no somos un proveedor participante con su seguro, el pago se espera al momento de recibir los servicios. Los pagos se aceptarán en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito. Aceptamos la mayoría de tarjetas de crédito. Si el pago en su totalidad no es posible en el momento del servicio, los arreglos deben hacerse a través de nuestra oficina de facturación.**
5. Recuerde que cuando recibe su estado de cuenta, ya ha recibido atención médica de nuestros médicos y hemos iniciado el reclamo a su seguro. Le pedimos que pague puntualmente su parte del saldo adeudado.

Esperamos que esta Declaración de Política Financiera lo ayude a comprender la importancia del pronto pago de su factura. Por favor, siéntase libre de llamar a nuestra oficina de facturación al 1-888-612-7222 ext 701 si tiene alguna pregunta.

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_  
(Escriba Claramente)

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Políticas de la Oficina de Coastal Endocrinology:

---

### Las siguientes son pautas para los pacientes de esta práctica:

Como paciente, tiene derecho a:

1. Ser tratado con respeto, cortesía y privacidad.
2. Estar informado y tomar parte activa en el curso de su tratamiento y rechazar el tratamiento y comprender las consecuencias.
3. Tener su privacidad protegida y recibir nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Es su responsabilidad:

1. Seguir las recomendaciones de los médicos y las pruebas de laboratorio programadas.
2. Mantener citas programadas y llamar por teléfono a la oficina de manera oportuna (con 24 horas de anticipación) si no puede asistir a su cita.
3. Mantener un registro de su seguro, asegurarse de que está actualizado y obtener derivaciones de su proveedor de atención primaria.
4. Informar a la oficina si su dirección, número de teléfono o seguro cambian.
5. Pagar los copagos y los costos compartidos de manera oportuna.
6. Ser considerado con los derechos y la confidencialidad de los demás.
7. Actuar de manera respetuosa con otros pacientes, nuestro personal y la propiedad de la clínica.
8. Proporcionar a su proveedor de atención médica información correcta y completa sobre su condición médica actual, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos herbales y otros asuntos de salud.
9. Aceptar responsabilidad por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su médico.
10. **Por favor traer a su cita su licencia de conducir** o una identificación con foto emitida por el gobierno.
11. **Traer copias de los resultados de pruebas de laboratorio recientes, informes de rayos X, etc., si corresponde.**

### Política de Cancelación:

En el caso de que sea necesario cancelar o reprogramar una cita, le pedimos que avise a nuestra oficina **con 24 HORAS O MAS DE ANTICIPACION (DURANTE LAS HORAS DE OFICINA)**. Esto es para dar tiempo a que nuestro horario esté disponible para otro paciente. **NO HAY NINGÚN CARGO POR CITAS CANCELADAS CON POR LO MENOS 24 HORAS DE ANTICIPACION.**

**SI NO SE RECIBE EL AVISO CON 24 HORAS DE ANTICIPACION O FALTA A SU CITA, DEBERA PAGAR DE PENALIDAD \$ 40.00**

### Cheques Devueltos:

Cualquier cheque devuelto estará sujeto a un **CARGO ADICIONAL DE \$ 40.00.**

### Horas Telefónicas:

Las líneas telefónicas abren de 9:00 a.m.-12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes. Para emergencias médicas, llame al 911. Para llamadas no urgentes, deje un mensaje y permítanos **3 días hábiles** para devolver todos los mensajes que no sean urgentes. Los resurtidos de recetas se procesan únicamente durante el horario normal de atención (permite **3 días hábiles** para esta solicitud).

**Cualquier información de carácter confidencial con respecto a los pacientes y / o esta oficina, incluida la información médica y la vida personal, no se puede hablar en la comunidad.**

**El incumplimiento de esta confidencialidad o múltiples faltas a sus citas darán como resultado el despido inmediato de esta práctica.**

**Al firmar abajo, entiendo que puedo poner en peligro la elegibilidad de ser paciente al no seguir las declaraciones anteriores sobre mis responsabilidades. El Dr. Castro o un miembro de su personal me ha informado sobre los derechos y responsabilidades mencionados arriba.**

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Arturo Castro M.D., F.A.C.E.  
 3585 Murrell Road, Suite B, Rockledge, FL 32955  
 Telefono: (321) 301-1692 Fax: (321) 301-1691

**Autorización para usar o divulgar información de salud protegida**

Por la presente, autorizo el uso de la divulgación de la información de salud de la persona nombrada como se describe a continuación:

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_ La información puede ser **divulgada a** Arturo Castro M.D., F.A.C.E. (dirección arriba)

\_\_\_ La información puede ser **divulgada por** Arturo Castro M.D., F.A.C.E (dirección arriba)

\_\_\_ La información puede ser divulgada a la siguiente persona u organización:

\_\_\_ La información puede ser divulgada por la siguiente persona u organización :

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Propósito de la Solicitud:** \_\_\_ Tratamiento Médico \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Fechas de Servicio para ser Entregado:** \_\_\_ Todos los Registros (o) \_\_\_ De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El tipo de información que se utilizará o divulgará (marque las casillas correspondientes):

- Todos los Registros Médicos
- Informes de Laboratorio/Rayos-X y Otras Imágenes
- Informes de Consulta
- Informe Operativo
- Resúmen de Alta
- Registros de Sala de Emergencia
- Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

Entiendo que esto puede incluir abuso médico, mental, de alcohol y/o drogas. Pruebas de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA, trastornos alimenticios o cualquier otro tipo de información médica de naturaleza sensible.

Entiendo que si la persona u organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad. Entiendo que no es necesario que firme esta autorización para garantizar el tratamiento. Esta autorización seguirá siendo válida por un año.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento o instalación que figura en la autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi póliza.

**Firma del Paciente o Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si está firmado por un representante legal, cuál es su relación con el paciente: \_\_\_\_\_



Arturo Castro M.D., F.A.C.E.  
 3585 Murrell Road, Suite B  
 Rockledge, FL 32955  
 Telefono: (321) 301-1692 Fax: (321) 301-1691

**Forma Para Pacientes**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Raza (escoger uno)**

Indio Americano/Nativo de Alaska      Asiático      Negro/Afro Americano      Blanco      No Especificado

**Etnicidad (escoger uno)**

Hispano o Latino      No Hispano o Latino      Otro      Desconocido

**Orientación Sexual (escoger uno)**

Heterosexual      Homosexual      Bisexual      Elijo no revelar

**Identidad de Género (escoger uno)**

Hombre      Mujer      Transgénero      Elijo no revelar

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el motivo de su visita?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Alergias:**       **Sin Alergia Conocida**

Por favor liste cualquier ALERGIA y REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS:

Nombre del alérgeno	Reacción Causada
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

**Medicamentos Actuales:**       **Sin Medicación Actual**

Indique cualquier medicamento actual, vitaminas, suplementos (cantidades, horas por día):

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 9. _____  |
| 2. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 12. _____ |
| 5. _____ | 13. _____ |
| 6. _____ | 14. _____ |
| 7. _____ | 15. _____ |
| 8. _____ | 16. _____ |

**Historial Médico:** **Sin Antecedentes Médicos Conocidos**

Por favor, marque las enfermedades/dolencias que se listan a continuación. En caso de que no encuentre ninguna enfermedad/dolencia, ingrese los detalles en el área provista para 'Otro'.

- Diabetes
- Enfermedades de los Ojos como:  
\_\_retinopatía  
\_\_glaucoma  
\_\_cataratas  
\_\_legalmente ciego
- Neuropatía
- Úlceras en los pies
- Enfermedad de Tiroides
- Corazón o Enfermedades Vasculares Como:  
\_\_Enfermedad de la Arteria Coronaria o Ataque Cardíaco Previo  
\_\_Insuficiencia Cardíaca Congestiva  
\_\_Arritmias  
\_\_Enfermedad Vascular Periférica o Claudicación  
\_\_Estenosis de la Arteria Carótida
- Problemas de Colesterol

- Hipertensión
- Enfermedades Respiratorias
- Apnea del Sueño
- Problemas Gastrointestinales como:  
\_\_Problemas Estomacales  
\_\_Problemas Intestinales  
\_\_Enfermedad del Hígado
- Problemas Genitourinarios tales como:  
\_\_Insuficiencia Renal  
\_\_Cálculos Renales  
\_\_Disfunción Erectil  
\_\_Agrandamiento de Próstata
- Problemas Neurológicos incluyendo derrame cerebral
- Cáncer

- Problemas Psiquiátricos como:  
\_\_Depresión  
\_\_Psicosis
- Problemas de la Glándula Suprarrenal como:  
\_\_Insuficiencia Suprarrenal  
\_\_Masa Suprarrenal
- Osteoporosis
- Fracturas
- Otras Enfermedades Endocrinas como:  
\_\_Hiperparatiroidismo  
\_\_Hipercalcemia  
\_\_Hipoparatiroidismo  
\_\_Hipocalcemia  
\_\_Trastornos Pituitarios  
\_\_Síndrome de Ovario Poliquístico  
\_\_Hirsutismo (Crecimiento Anormal del Pelo)
- Trauma en la Cabeza
- Esterilidad

Otro:

---



---

**Historia Quirúrgica:** **No Hay Historia Quirúrgica Conocida**

Por favor enumere cualquier operación (y las fechas) que haya tenido:

Nombre de la Cirugía/Fecha

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |



**Historia Familiar:**

**Sin Antecedentes Familiares Conocidos**

Por favor, revise cada enfermedad/dolencia en su familia inmediata e incluya relación:

- Diabetes \_\_\_\_\_
- Enfermedad de Tiroides \_\_\_\_\_
- Problemas de Colesterol \_\_\_\_\_
- Hipertensión \_\_\_\_\_
- Problemas del Corazón \_\_\_\_\_
- Problemas Respiratorios \_\_\_\_\_
- Estómago/Intestino \_\_\_\_\_
- Enfermedades Renales \_\_\_\_\_
- Derrame Cerebral \_\_\_\_\_

- Osteoporosis \_\_\_\_\_
- Fractura de Cadera \_\_\_\_\_
- Problemas de Paratiroides/Calcio \_\_\_\_\_
- Tumores Pituitarios \_\_\_\_\_
- Esterilidad \_\_\_\_\_
- Crecimiento Anormal del Pelo \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

**Tabaco:**

- \_\_\_ Fumador diario
- \_\_\_ Fumador de vez en cuando
- \_\_\_ Ex Fumador
- \_\_\_ Nunca Fumador

**Alcohol:**

- \_\_\_ Consumidor de alcohol diario
- \_\_\_ Consumidor de alcohol de vez en cuando
- \_\_\_ Ex Consumidor de Alcohol
- \_\_\_ Nunca Consumidor de Alcohol





## Revisión de Sistemas:

Aunque es posible que muchos de los siguientes síntomas no sean relacionados a usted, por favor revise cada síntoma y proporcione cualquier otro síntoma bajo "Otros".

### General

- Fiebre  No  Sí  
Fatiga  No  Sí  
Aumento de Peso  No  Sí  
Pérdida de Peso  No  Sí

### Ojos

- Visión Borrosa  No  Sí  
Visión Doble  No  Sí  
Ojos Saltones  No  Sí

### Oídos/Nariz/Boca/Garganta

- Pérdida de la Audición  No  Sí  
Pérdida del Olfato  No  Sí  
Zumbido en los Oídos  No  Sí  
Dolor de Cuello Anterior  No  Sí  
Tiroides Agrandada (bocio)  No  Sí  
Masa de Cuello  No  Sí

### Cardiovascular

- Dolor de Pecho  No  Sí  
Palpitaciones  No  Sí  
Hinchazón de la Pierna  No  Sí

### Respiratorio

- Tos  No  Sí  
Dificultad para Respirar  No  Sí  
Ronquidos  No  Sí

### Endocrino

- Sed Excesiva  No  Sí  
Orina Frecuente  No  Sí  
Intolerancia al Frío  No  Sí  
Intolerancia al Calor  No  Sí  
Sudoración Excesiva  No  Sí  
Secreción del Pezón  No  Sí

### Gastrointestinal

- Dolor Abdominal  No  Sí  
Hinchazón  No  Sí  
Estreñimiento  No  Sí  
Diarrea  No  Sí  
Dificultad para Tragar  No  Sí  
Indigestión  No  Sí  
Nausea  No  Sí  
Vómitos  No  Sí

### Hematológico/Linfático

- Anemia  No  Sí  
Hematoma/Sangrado Fácil  No  Sí  
Ampliación del Ganglio Linfático  No  Sí

### Genitourinario

- Sofocos  No  Sí  
Disminución del Deseo Sexual  No  Sí  
Esterilidad  No  Sí  
Erección Dificultosa (Hombres solamente)  No  Sí  
Períodos Irregulares (Mujeres Solamente)  No  Sí

### Piel

- Acné  No  Sí  
Cambio en el Color de la Piel  No  Sí  
Sequedad  No  Sí  
Comezón  No  Sí  
Heridas en los Pies  No  Sí

### Musculoesquelético

- Calambres Musculares  No  Sí  
Dolores Musculares  No  Sí

### Neurológico

- Dolores de Cabeza Inusual  No  Sí  
Entumecimiento u Hormigueo en los Pies  No  Sí  
Temblores  No  Sí  
Historia de Golpe en la Cabeza  No  Sí

### Psiquiátrico

- Ansiedad  No  Sí  
Depresión  No  Sí  
Insomnio  No  Sí

### Otro

---

---

---

---

# **Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida (“HIPAA”)**

**“Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información ”.**

**Por favor REVISELO CON CUIDADO**

## **Protegemos la Información sobre su Salud y su Persona:**

Recopilamos información de usted y la almacenamos en un registro médico, así como también en una computadora. Las historias se almacenan en un área segura y están disponibles sólo para el personal designado y sólo por motivos designados. El personal de limpieza, mantenimiento y otro personal que no es de la oficina no tiene acceso a las historias médicas. Los técnicos de servicio pueden tener acceso a la computadora, pero sólo para el servicio de operaciones de la computadora.

## **Usos Típicos y Divulgaciones de Información Médica:**

Recopilamos información médica de usted. Dentro de nuestra oficina, restringimos la divulgación de esta información a médicos, enfermeras, técnicos y personal de seguros y facturación. Podemos utilizar su información médica para el tratamiento y atención médica, el pago a las aseguradoras y para funciones del cuidado de salud. Fuera de nuestra oficina, restringimos la divulgación a aquellas personas, entidades y agencias para quienes autoriza la divulgación, como otros proveedores de atención médica (médicos, enfermeras, centros de atención extendida), compañías de seguros, agencias de facturación, hospitales, centros de cirugía o esas agencias y entidades para las cuales los requisitos legales y administrativos exigen la divulgación, tales como:

- Cuando lo exija la ley
- Actividades de salud pública (muerte, abuso infantil, negligencia, violencia doméstica, problemas con productos, reacciones a medicamentos, retirada de productos, exposición a enfermedades/infecciones, control/prevenición de enfermedades, lesiones/discapacidades)
- Actividades de supervisión de la salud (auditorías, investigaciones, inspecciones)
- Procesos judiciales y administrativos (orden judicial)
- Solicitudes apropiadas de aplicación de la ley (para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida)
- Información de la persona fallecida a forenses, médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Investigación, siempre que la autorización esté aprobada por el IRB o aprobada por la junta de privacidad
- Emergencias o para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad
- Funciones gubernamentales especializadas (militares, reclusos)
- Compensación del trabajador
- Alivio de Desastres

**No usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito no mencionado sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que brinde puede revocarse en cualquier momento al ser enviado por escrito.**

# **Derechos de Privacidad del Paciente:**

## **Usted Tiene Derecho A:**

- Inspeccionar y copiar la información médica de su historia. Puede enviar una solicitud por escrito a nuestra oficina y pagar la tarifa de copia y recibir una copia de su historia. Debemos responder dentro de los 30 días si la historia está disponible.
- Corregir la información médica en su historia. Puede identificar información incorrecta o incompleta en su historia. Puede pedir una enmienda mediante solicitud escrita dirigida a nuestra oficina. Debemos responder dentro de 60 días.
- Recibir un informe de las divulgaciones hechas de su historia en los últimos seis años, a partir del 15 de marzo de 2018. Puede obtenerlo con una solicitud por escrito dirigida a nuestra oficina. Debemos responder dentro de 60 días.
- Solicitar restricciones como la cantidad de información médica que divulgamos. Esto se limita como se indicó anteriormente, y su solicitud no puede reemplazar las divulgaciones típicas mencionadas anteriormente. Puede revocar o restringir el consentimiento.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Todas las comunicaciones en nuestra oficina son confidenciales. Puede solicitar específicamente que todas las comunicaciones sean confidenciales con una solicitud por escrito dirigida a nuestra oficina.
- Recibir una copia de este aviso imprimiéndolo o con una solicitud por escrito dirigida a esta oficina, y se le dará una copia de este aviso con todos los nuevos paquetes para pacientes.

Podemos comunicarnos con usted para recordatorios de citas, y podemos proporcionarle información sobre beneficios o productos relacionados con la salud y servicios.

Cada paciente recibe una copia del Aviso de Privacidad y la oportunidad de revisarlo y comprenderlo.

## **Nuestras responsabilidades bajo “HIPAA”:**

La ley nos exige mantener la privacidad de su información personal de salud y dar aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad, y cumplir con este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a este aviso. Publicaremos un aviso de que el aviso ha sido cambiado y la fecha de vigencia del cambio, las copias se harán disponibles.

**Puede presentar una queja sobre nuestra política de privacidad o sobre su ejecución, ya sea verbalmente o por escrito a nuestro Oficial de Privacidad en nuestra oficina.**

### **Dr. Arturo Castro**

3585 Murrell Road, Suite B

Rockledge, FL 32955

Telefono: 321-301-1692 Fax: 321-301-1691

Si no obtiene una solución a su queja, puede enviar una declaración por escrito a esta oficina o al Secretario de Salud y Servicios Humanos.