



Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

Por favor revísela con atención.

Tus derechos

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos. Esta sección explica su derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Pídanos que corrijamos su historial médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar confidencial comunicaciones

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Continúa en la siguiente página

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puedes preguntarnos **no** para usar o compartir cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
 - Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad.

Escoger a alguien para actuar por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si siente que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Comparta información en una situación de socorro en casos de desastre
- Incluya su información en un directorio del hospital
- Contactarlo para recaudar fondos

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos *nunca* comparte tu información a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica? Normalmente usamos o compartimos su salud información de las siguientes formas.

Tratarle

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

***Ejemplo:** Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Ejecute nuestro organización

- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

***Ejemplo:** Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.*

Factura por su servicios

- Podemos usar y compartir su información médica ***Ejemplo:** Damos información* para facturar y recibir pagos de planes de salud o otras entidades.

sobre usted a su seguro médico plan para que pague por sus servicios.

Continúa en la siguiente página

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:
 - Previniendo enfermedades
 - Ayudando con el retiro de productos
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico examinador o director de la funeraria

- Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Dirigirse a los trabajadores compensación, ley cumplimiento, y otros solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - Para reclamos de indemnización laboral
 - Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
 - Con agencias de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales.

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

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 pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Nombre Del Paciente

Primer Nombre Legal Apellido Legal Sufijo Nombre Preferido

Datos Demográficos Del Paciente

Dirección Primaria Apto. # Ciudad Expresar Cremallera

Teléfono # Seguridad Social # (Opcional) Género Fecha De Nacimiento

Idioma Dirección de correo electrónico (Requerido ; Imprime claramente; Se asociará con sus resultados)

Información de la parte responsable (si alguien que no sea el paciente)

Nombre legal de la parte responsable (Tutor) Teléfono #

Información de seguro médico - Proporcione la (s) tarjeta (s)

Compañía de seguros Nombre del titular de la póliza Relación del titular de la póliza con el paciente

Dirección del titular de la póliza Ciudad Expresar Cremallera

Fecha de nacimiento del titular de la póliza Número de seguro social del titular de la póliza (Opcional) Empleador del titular de la póliza

SIN SEGURO DECLARACIÓN JURADA - SOLO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ES SIN SEGURO

Doy fe de que no tengo cobertura de seguro médico de ningún tipo; Estoy completamente sin seguro.

Si se determina que tengo cobertura de seguro médico, entiendo que todas las reclamaciones necesarias se presentarán con mi compañía de seguros y, en caso de que mi seguro niegue la cobertura, entiendo que seré responsable de todas las reclamaciones impagas.

Seguridad Social # Licencia de conducir #

Nombre (letra de imprenta) Apellido (letra de imprenta) Firma Fecha de hoy / Fecha de prueba

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

1. Doy mi consentimiento voluntario a todos y cada uno de los tratamientos de atención médica y procedimientos de diagnóstico proporcionados por Orlando Covid Test, LLC y sus médicos asociados, clínicos, laboratorios, proveedores externos y otro personal. Soy consciente de que la práctica de la medicina y otras profesiones del cuidado de la salud no es una ciencia exacta y además declaro que entiendo que no se ha garantizado ni se puede garantizar los resultados de los tratamientos o exámenes en Orlando Covid Test, LLC o sus afiliados.
2. Entiendo que existen riesgos y beneficios asociados con someterse a una prueba de diagnóstico para COVID-19 y puede haber un potencial de resultados de prueba falsos positivos o falsos negativos. Entiendo que Orlando Covid Test, LLC y sus afiliados no actúan como mi proveedor médico. Asumo la responsabilidad total y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mi prueba. Si tengo preguntas o inquietudes con respecto a mis resultados, o un empeoramiento de mi condición, buscaré de inmediato el consejo y el tratamiento de un proveedor médico apropiado.
3. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida o la del paciente con el fin de obtener pago por los servicios prestados a mí / al paciente, tratamiento y operaciones de atención médica de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad de Orlando Covid Test LLC. Entiendo que tengo derecho a solicitar y revisar una copia del Aviso de prácticas de privacidad (proporcionado electrónicamente en www.orlandocovidtest.com).
4. Reconozco y acepto que los resultados de mis pruebas y la información asociada se divulgarán al condado correspondiente, estatales, u otras entidades gubernamentales y reguladoras según lo permita la ley.

FIRMA AUTORIZADA DEL PACIENTE / TUTOR

FECHA