

**LISTA DE NUEVO PACIENTE****¿Completó y firmó las siguientes formas?**

Check	Description	page(s)
<input type="checkbox"/>	Información Personal (Debe incluir copia de su tarjeta de seguro y licencia de conducir)	2
<input type="checkbox"/>	Información de Salud	3,4,5
<input type="checkbox"/>	Lista de Medicamentos	6
<input type="checkbox"/>	Solicitud de Expedientes Médicos	7,8,9,10
<input type="checkbox"/>	Autorización para Recibir Tratamiento /Autorización para Revelar Información / Notificación de cancelación	11
<input type="checkbox"/>	Declaración de responsabilidad financiera Notificación de cambio de seguro médico	12
<input type="checkbox"/>	Método Preferido de Contacto para Información Confidencial	13
<input type="checkbox"/>	Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad	14
<input type="checkbox"/>	Testamento Vital del Estado de Florida y Directivas Médicas	15,16,17
<input type="checkbox"/>	¿Cómo escuchó de nosotros?	18
	El paciente mantiene copia de éstas – No necesita devolverlas.	19, 20

Por favor complete cuidadosamente y firme las formas adjuntas. Devuélvalas a nuestras oficinas antes de su cita médica, ya sea por fax o correo, a la dirección mencionada abajo. El devolver formas incompletas o sin firmar puede causar demoras el día de su cita. No se pautará ninguna cita médica hasta que se reciban éstas formas completas. Gracias por su cooperación.

**Dr. Martha M. Rodriguez**  
**2015 Ocean Drive, Suite 11**  
**Boynton Beach, FL 33426**  
**Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507**  
[appointments@mnrhealthcare.com](mailto:appointments@mnrhealthcare.com)

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE			
Formas recibidas por:	Formas entradas en Soapware por:	Info de seguro actualizado por:	Cita hecha:

-----

**Dr. Martha M. Rodriguez**  
2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426  
Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**Información Personal**

Apellido:			
Nombre:			
Segundo Nombre:			
Dirección:			
Ciudad:			
Estado/ Código postal:			
Teléfono del hogar:			
Teléfono del trabajo:			
Teléfono celular:			
Correo electrónico:			
Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento:			
# Seguro social:			
Raza:			
Etnicidad:			
Lugar de Trabajo: Dirección:			
Estado civil:	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Otro:
Lenguaje hablado:	Inglés <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>	Otros:

**Información de Seguro Médico (IMPORTANTE)**

Por favor tome foto de los siguientes documentos **POR AMBOS LADOS**:

1. Su tarjeta de seguro médico
2. Su licencia de conducir

(No se hará ninguna cita médica sin recibir copia de su tarjeta de seguro médico y licencia de conducir)

**Contacto en Caso de Emergencia**

Nombre:	
Relación:	
Número de teléfono:	
Número de celular:	

-----  
**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**INFORMACIÓN DE SALUD**

1. ¿Padece usted de alguna de las siguientes condiciones médicas o usa los siguientes dispositivos?

- |                     |                          |            |                          |               |                          |
|---------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Presión elevada     | <input type="checkbox"/> | Angina     | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones | <input type="checkbox"/> |
| Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> | Coágulos   | <input type="checkbox"/> | Asma          | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema            | <input type="checkbox"/> | Bronquitis | <input type="checkbox"/> | Marcapaso     | <input type="checkbox"/> |
| Desfibrilador       | <input type="checkbox"/> |            |                          |               |                          |
- Otros: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha visitado el hospital recientemente? Si  No

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

3. ¿Padece de diabetes?: Si  No

¿Que tipo de medicamento usa? Insulina  Pastilla

Si le aplica, por favor complete la siguiente información:

	Fecha	Lugar
Examen de los pies		
Examen de la vista		
Electrocardiograma		

4. Historial Médico

a. ¿Ha tenido derrame cerebral? Si  No

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

b. ¿Toma coumadin? Si  No

c. ¿Padece de cáncer? Si  No

¿Que tipo de cáncer? \_\_\_\_\_

Tipo de terapia recibida: Quimioterapia  Radiación  Cirugía

5. Ha tenido cirugía de corazón abierto: Si  No

Por favor indique: Bypass  Reemplazo de válvulas

Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_

-----  
**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)**6. ¿Ha tenido otras operaciones? Si  No 

Por favor especifique:

Tipo de cirugía	Fecha de cirugía

7. Medicamentos: Ver página 6.

8. Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

a. Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

b. Dirección de la farmacia:  
\_\_\_\_\_9. Alergias: Si  No 

Tipo de alergia: \_\_\_\_\_

10. Alergia a medicamentos: Si  No 

¿Cual medicamento? \_\_\_\_\_

11. Historia de salud familiar: Si  No 

Marque si le aplica alguna de las siguientes

	CAD	Diabetes	Cáncer
Madre:			
Padre:			
Hermanos:			

12. Tabaco: Si  No  Ocasional 13. Alcohol: Si  No  Ocasional -----  
**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)**

14. Inmunización: ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas? Si  No

Indique:

Tipo de vacuna	Fecha
Pneumovax	
Influenza	
Hepatitis B	
Otras:	

15. Radiología: ¿Le han tomado radiografías recientemente? Si  No

Indique:

Tipo de radiografía	Fecha	Lugar
Rayos x del pecho		
Rayos x - otro		
Mamografía		
Densitometría		
Colonoscopia		
Otras:		

16. Información personal miscelánea:

- a. Casado/a  Divorciado/a  Retirado/a
- b. ¿Trabaja? Tiempo completo  Tiempo parcial
- c. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**LISTA DE MEDICAMENTOS**  
(Por favor escriba claro)

Fecha	Medicamento	Dosis	Cantidad	Frecuencia

**SOLICITUD DE EXPEDIENTE MÉDICO**

El paciente es responsable de obtener los expedientes médicos del proveedor anterior y traer los mismos a nuestras oficinas en o antes de su primera cita médica. Sus expedientes médicos son sumamente importantes para poder proveerle el mejor y más adecuado tratamiento.

NOMBRE DEL PACIENTE:	
TELÉFONO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
# DE SEGURO SOCIAL:	

Necesito mis expedientes médicos de los últimos cinco años. Favor notificarme tan pronto estén listos para pasar a recogerlos. Gracias por su cooperación.

Firma del Paciente:	
Fecha:	

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

- 1.  Necesito mis expedientes de *Martha M Rodriguez, MD, PA*.
- Necesito que los expedientes médicos sean enviados a *Martha M Rodriguez, MD, PA* a la dirección / fax indicado arriba.

- 2. Los expedientes serán (circule uno) enviados / recogidos:  
(Indique el nombre, dirección y teléfono o 'mismo')

---



---

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**Incluir información de tratamiento durante el siguiente periodo:**

**Desde** (Fecha): \_\_\_\_\_ **A** (Fecha): \_\_\_\_\_

- 3. Información necesitada, si se incluye en mis expedientes:

- Expediente de salud completo
- Resumen de visita
- Historial y exámenes físicos
- Informes de consulta
- Lista de medicamentos
- Notas del progreso
- Informes de procedimientos
- Resultados de electrocardiograma
- Fotografías, videos, imágenes digitales
- Historial de anestias
- Imágenes diagnósticas
- Pruebas de laboratorio (especifique) \_\_\_\_\_
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_



4. Si aplica, también doy permiso a que la siguiente información sea divulgada (favor iniciar):

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con el Virus de Inmunodeficiencia Humano (HIV)  
 Servicios de salud mental / Cuidado Psiquiátrico  
 Tratamiento por abuso de drogas y/o alcohol  
 Enfermedades transmitidas sexualmente (STD)  
 Pruebas/consejería genética

5. ¿Por qué necesita estos expedientes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Entiendo que tengo el derecho a cancelar ésta autorización en cualquier momento. Entiendo que la cancelación no aplicará a información que haya sido divulgada como respuesta a “esta autorización”. Entiendo que esta cancelación no le aplicará a mi seguro médico cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de revisar o refutar un reclamo. A menos que fuese cancelada, esta autorización expirará en la siguiente fecha o bajo el siguiente evento o condición: \_\_\_\_\_. **Si no especificó una fecha de expiración, evento, o condición, esta autorización expirará en 90 días. Si ésta autorización es para si mismo como paciente, la fecha de expiración puede ser documentada como ilimitada. Si es documentada de esta manera, es responsabilidad del individuo el actualizar cualquier cambio.**
7. Entiendo que el divulgar todo tipo de información relacionada con la salud conlleva el potencial de que en el futuro de divulgue información sin autorización, según permitido por HIPPA y otras leyes federales de privacidad. Si tengo preguntas a cerca de la diseminación de información a cerca de mi salud, puedo comunicarme con mi proveedor de cuidado de salud.
8. Estas facilidades, sus empleados, oficiales, y médicos, son relevados de cualquier responsabilidad legal u obligación por divulgar la información ya mencionada y aquí autorizada.

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

9. El costo de proveerle copia de sus expedientes médicos, ya sea por medio de papel o electrónico en un disco, se regirá por los costos establecidos por el estado de Florida y el costo actual de las estampillas del servicio postal federal.

\_\_\_\_\_  
**Firma:** (Paciente, Representante Legal, Padre o Encargado)      Fecha

Método de Identificación: \_\_\_\_\_

-----  
**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

## **AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Yo (Imprima su nombre), \_\_\_\_\_ ,  
voluntariamente autorizo mi tratamiento médico. Entiendo que estoy bajo el  
cuidado y supervisión de mi doctor, y es la responsabilidad de su equipo de trabajo  
el seguir sus instrucciones.

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

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

## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo (Imprima su nombre), \_\_\_\_\_ ,  
Autorizo a la Doctora Martha M. Rodriguez a diseminar cualquier y toda  
información adquirida durante el transcurso de mi examinación y/o tratamiento  
para propósito de seguro médico o compensación del programa de beneficios  
Medicare por lesiones en el trabajo.

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

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

## **NOTIFICACIÓN DE CANCELACIÓN**

Yo (Imprima su nombre), \_\_\_\_\_ ,  
El abajo firmante, está de acuerdo a notificar la cancelación de su cita médica, 24  
horas antes de la cita. Si no le notifico a la oficina de mi cancelación antes del  
periodo de 24 horas, me serán cobrados \$25 de multa.

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

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

**ESTADO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Yo (Imprima su nombre), \_\_\_\_\_ ,

Garantizo el pago de toda factura sometida al paciente que no sea cubierta o aceptada por el seguro médico. Esta oficina presentará la factura a su seguro médico basado en que la información de su expediente sea la correcta y esté actualizada.

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

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

**NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE SEGURO MÉDICO**

Yo (Imprima su nombre), \_\_\_\_\_ ,  
el abajo firmante, entiendo que es mi responsabilidad notificarle a la recepcionista a cerca de cualquier cambio a mi cobertura de seguro médico, antes de ser visto/a por el doctor o de que me hagan exámenes de laboratorio. Si no le notifico a la oficina antes de ser visto o de que se lleven a cabo los exámenes de laboratorio, seré responsable de todos los gastos incurridos.

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

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

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**Método Preferido de Contacto para Información  
Confidencial**

Estimado paciente,

En general, la ley de privacidad HIPPA le ofrece a las personas el derecho a restringir el uso y diseminación de información protegida a cerca de su salud (PHI). También se le provee a las personas el derecho a que cualquier comunicación confidencial o comunicación de PHI sea llevada a cabo mediante vías alternas, tales como el enviar correspondencia a una dirección diferente a la del paciente.

El médico y equipo de trabajo de Martha M. Rodriguez, M.D., P.A., respetan su privacidad y se esfuerzan por hacer cualquier tipo de arreglo razonable para respetar sus deseos en cuanto a su información confidencial. Teniendo esto en cuenta, por favor indique su preferencia en las siguientes áreas:

**Deseo se comuniquen conmigo de la siguiente manera (marque todas las que apliquen)**

- Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_
  - Puede dejar mensaje con información detallada.
  - Deje mensaje con teléfono a llamar solamente.
- Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_
  - Puede dejar mensaje con información detallada.
  - Deje mensaje con teléfono a llamar solamente.
- Comunicación escrita
  - Puede enviar correspondencia a mi hogar.
  - Puede enviar correspondencia a la dirección del lugar de trabajo.
  - Puede enviar información al siguiente fax: \_\_\_\_\_
- Otras personas (familia, amistades, etc.) con las cuales puede hablar a cerca de:
  - Mi cuidado o tratamiento
  - Mi factura

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre del Paciente		Fecha de nacimiento
Firma del Paciente		Fecha

---

**Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad**

**La Dra. Martha M. Rodriguez** reserva el derecho de modificar las Prácticas de Privacidad según especificadas en esta notificación.

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de las oficinas de Martha M. Rodriguez, MD PA.

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

**Fecha:** \_\_\_\_\_

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

-----

**Representante del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

(Es requerido si el paciente es menor o adulto e incapacitado para firmar esta forma)

**Relación:** \_\_\_\_\_

(Relación del representante con el paciente)

*Forma sugerida de un Testamento en Vida, Estatuto de Florida Sección 765.303*

## Testamento Vital

Esta declaración ha sido hecha el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_. Yo \_\_\_\_\_  
 Deliberada y voluntariamente deseo que mi muerte no sea prolongada artificialmente bajo las siguientes  
 circunstancias, y declaro, que si en algún momento me encuentro incapacitada y

- \_\_\_\_\_ (inicial) tengo una enfermedad terminal.
- o \_\_\_\_\_ (inicial) tengo una condición de fase final.
- o \_\_\_\_\_ (inicial) estoy en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico a cargo o médico tratante y algún otro medico consultor han determinado que no existe  
 probabilidad médica razonable de que recupere de dicha condición, pido que cesen o terminen los  
 procedimientos para prolongar mi vida cuando la aplicación de dichos procedimientos serviría solamente  
 para artificialmente prolongar el proceso de muerte, y que se me permita morir naturalmente con solo la  
 administración de medicamentos cualquier procedimiento médico necesario que me provea comodidad y  
 alivio para el dolor.

Deseo que esta declaración sea honrada por mi familia y medico, como una expresión final de mi derecho  
 legal a rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En caso de que sea determinado incapaz de proporcionar consentimiento expreso e informado en cuanto  
 a la retención, el retiro o continuación de los procedimientos de prolongación de vida, deseo designar  
 como sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia de esta declaración, y estoy emocionalmente y mentalmente competente para  
 hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional):

(Firmado): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*El hecho de que el principal no designe a un sustituto no anulará el testamento vital.*

— Este formulario ha sido ofrecido como cortesía por el Colegio de Abogados de Florida y la Asociación  
 Médica de Florida —

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

## TESTAMENTO VITAL Y DIRECTIVAS DE CUIDADO DE SALUD AVANZADAS: FAQs

La legislatura de Florida ha reconocido que cada adulto competente tiene el derecho fundamental de auto determinación a cerca de decisiones pertinentes a su propia salud, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico o procedimientos que solamente prolongarían la vida cuando una condición terminal exista. No obstante, este derecho está sujeto a ciertos intereses de la sociedad, tales como protección de la vida humana y seguir las normas de ética de la profesión médica. Para asegurar de que este derecho no disminuya o desaparezca por la eventual incapacidad física o mental, la legislatura ha establecido un procedimiento dentro de las leyes estatales de Florida, capitulo 765, permitiéndole a una persona el que planifique en caso de incapacidad, y si lo desea, el que designe a otra persona para actuar a nombre de el/ella, y que tome las decisiones médicas necesarias cuando esté incapacitado/a.

### ¿Qué es un Testamento Vital?

Todo adulto competente tiene el derecho a hacer una declaración escrita, comúnmente conocida como "Testamento Vital." El propósito de este documento es el dirigir la provisión, el retener o retirar procedimientos que extiendan la vida en caso de que exista una condición terminal. El formulario sugerido de este instrumento ha sido provisto por la legislatura dentro de los Estatutos de Florida, Sección 765.303. En Florida, la definición de "procedimientos para extender la vida" han sido expandidos por la legislatura para incluir la provisión de alimento y agua a pacientes con enfermedades terminales.

### ¿Cual es la diferencia entre un Testamento Vital y un testamento legal?

Un Testamento Vital no debe ser confundido con el testamento legal de una persona, el cual dispone de propiedad personal en el momento, o después de su muerte, y asigna a un representante o revoca o revisa otro testamento.

### ¿Como se efectúa mi Testamento Vital?

Bajo las leyes de Florida, un Testamento Vital debe ser firmado por la persona que lo hizo (ejecutor) en presencia de dos testigos, lo cuales por lo menos uno no debe ser ni esposo/a ni familiar de la persona. Si la persona no está físicamente capacitada para firmar el Testamento Vital, uno de los testigos puede firmar frente y dirigido por la persona. Florida reconocerá el Testamento Vital, firmado en otro estado, si ese Testamento Vital fue firmado según las leyes de ese estado, o según requerido por el estado de Florida.

### ¿Cual es el siguiente paso luego de firmar el Testamento Vital?

Luego de que un Testamento Vital sea firmado, es responsabilidad de la persona el notificarle a su médico de la existencia de éste documento. Es buena idea el proveerle una copia del Testamento Vital tanto al médico como al hospital, para que sea incluido en el expediente médico.

### ¿Que es un Sustituto de Cuidado de Salud?

Cualquier adulto competente puede también designarle autoridad a un Sustituto de Cuidado de la Salud para tomar decisiones acerca del cuidado de la salud durante cualquier periodo de incapacidad. Cuando la persona esté incapacitada, el Sustituto de Cuidado de la Salud tiene como función, consultar lo antes posible con los proveedores médicos necesarios. El Sustituto también autoriza y solo toma decisiones relacionadas con el cuidado de salud del ejecutor, las

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507



cuales el cree que el ejecutor hubiese tomado bajo otras circunstancias si el ejecutor hubiese estado capacitado de tomar dichas decisiones. Si no hay indicio de lo que el ejecutor hubiese escogido, el Sustituto puede considerar el mejor interés al decidir el tratamiento mas apropiado. El formulario sugerido para este instrumento ha sido provisto por la legislatura dentro de los Estatutos de Florida, Sección 765.203.

**¿Como puedo designar a un Sustituto para el Cuidado de la Salud?**

Bajo las leyes de Florida, el designar a un Sustituto para el Cuidado de la Salud debe ser por medio de un documento escrito, y debe ser firmado en presencia de dos testigos, los cuales por lo menos uno de ellos no es ni esposo/a ni familia del ejecutor. La persona designada como Sustituto no puede actuar como testigo cuando el documento sea firmado.

**¿Puedo tener más de un Sustituto para el Cuidado de la Salud?**

El ejecutor puede también designar a un Sustituto Alterno. El Sustituto Alterno puede asumir las labores del Sustituto, si el Sustituto original no está dispuesto o no puede llevar a cabo sus funciones. Si el ejecutor no puede hacer la designación físicamente, el o ella puede, en presencia de testigos, designar a otro firmante. Se le debe proveer una copia exacta de la designación al Sustituto. A menos que la designación especifique una fecha de expiración, la designación permanecerá efectiva hasta ser revocada por el ejecutor.

**¿Pueden ser revocados el Testamento Vital y la Designación de Sustituto para el Cuidado de la Salud?**

Tanto el Testamento Vital como la Designación de Sustituto para el Cuidado de Salud pueden ser revocados por el ejecutor en cualquier momento a través de una carta de revocación firmada y fechada; físicamente cancelando o destruyendo el documento original; expresando verbalmente el interés de revocar; o a través de un documento ejecutado completamente diferente al original. Es bien importante informarle al médico primario que el Testamento Vital y la Designación de Sustituto para el Cuidado de la Salud han sido revocados.

**¿Dónde puedo acudir para obtener asesoramiento legal a cerca de éste asunto?**

Si usted piensa que necesitará asesoramiento legal, llame a su abogado. Si no tiene un abogado, llame al Servicio de Referidos del Colegio de Abogados de Florida al 1-800-342-8011, o el servicio local de referido de abogados o a la oficina de asistencia legal listada en las páginas amarillas de su guía telefónica.

*Ésta información ha sido preparada por el Comité de Leyes de Protección al Consumidor del Colegio de Abogados de Florida y la Oficina de Información Pública del Colegio, la cual se ofrece como cortesía por Colegio de Abogados de Florida y la Asociación Médica de Florida.*

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

## ¿Cómo escuchó de nosotros?

- Folleto
- Amigo/a                      Nombre de quien le refirió: \_\_\_\_\_
- Feria de Salud              Nombre de la Feria: \_\_\_\_\_
- Revista                        Nombre de la Revista: \_\_\_\_\_
- Hoja Informativa          Nombre de la Hoja: \_\_\_\_\_
- Periódico                    Nombre del Periódico: \_\_\_\_\_
- Otro                            \_\_\_\_\_

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

(Copia del paciente)

**Notificación de Prácticas de Privacidad**

**Esta notificación describe cómo su información médica puede ser utilizada y diseminada, y cómo usted puede acceder ésta información.**

**Por favor lea cuidadosamente.**

**Uso y Diseminación**

**Tratamiento:** Información a cerca de su salud puede ser utilizada por nuestro personal o diseminada a otros profesionales con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas, y para proveer tratamiento. Por ejemplo, los resultados de exámenes de laboratorio y otros procedimientos estarán disponibles en su expediente médico para todo profesional de la salud que pueda proveerle tratamiento o que pueda ser consultado por nuestro personal.

**Pagos:** Información a cerca de su salud puede ser utilizada para propósitos de compensación de su aseguradora, de otras fuentes de cobertura, tales como su aseguradora de auto, o de compañías de tarjetas de crédito con las cuales pague por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede pedir y recibir información a cerca de fechas de servicio, el tipo servicio recibido, y la condición médica por la cual se le trató.

**Operaciones del Cuidado de Salud:** Información a cerca de su salud puede ser usada mientras sea necesario para sustentar las actividades y manejo diario de la práctica de Martha M. Rodriguez, M.D., P.A. Por ejemplo, información a cerca de los servicios que usted reciba puede ser utilizada para preparar presupuestos e informes financieros, y para evaluar y promover la calidad de servicios.

**Agencias Gubernamentales: Información** a cerca de su salud puede ser divulgada a las agencias gubernamentales para auditorias e inspecciones, para facilitar investigaciones, y para cumplir con informes requeridos por el gobierno.

**Informes de Salud Pública:** Información a cerca de su salud puede ser divulgada a las agencias de salud pública según requerido por la ley. Por ejemplo, tenemos la obligación de reportar ciertas enfermedades transmitidas al departamento de salud pública del estado.

Existen otros usos y diseminación que requieren su autorización. La diseminación de información de su salud o el uso de la misma con propósitos alternos a los ya mencionados requiere autorización específica por escrito. Si cambia de idea luego de autorizar el uso o diseminación de información, usted puede revocar la autorización por escrito. Sin embargo, la decisión de revocar la autorización no afectará o anulará el uso o diseminación de información ya ocurrido antes de usted notificarnos a cerca de su decisión de revocar la autorización.

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

(Copia del paciente)

## Notificación de Prácticas de Privacidad (continuación)

### Usos adicionales de información

**Recordatorios de citas médicas:** Información a cerca de su salud será utilizada por nuestro grupo de trabajo para enviarle recordatorios a cerca de sus citas médicas.

**Información a cerca de tratamientos:** Información a cerca de su salud podrá ser utilizada para enviarle información adicional de interés a cerca del tratamiento y manejo de su condición médica. Es probable que también le enviemos información pertinente a otros productos y servicios relacionados a la salud, que le puedan interesar.

**Recaudación de Fondos:** Usaremos su nombre y dirección durante actividades para recaudar fondos. Si usted no desea participar en actividades para recaudar fondos, favor marque el siguiente recuadro.

Por favor no utilice mi información para propósitos de recaudación de fondos.

### Derechos individuales:

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a pedir que se restrinja el uso y diseminación de información protegida a cerca de su salud.
- El derecho a recibir comunicados de manera confidencial a cerca de su condición médica y tratamiento.
- El derecho a inspeccionar y obtener una copia de información protegida a cerca de su salud.
- El derecho a recibir explicación de cómo y a quién se le ha divulgado información de salud protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de ésta notificación.

### Obligaciones de Martha M. Rodriguez, M.D., P.A.

La ley nos obliga a mantener la privacidad de información protegida a cerca de su salud y de proveerle ésta notificación de prácticas de privacidad.

También estamos obligados a regirnos por las leyes y prácticas de privacidad delineadas en ésta notificación.

### Derecho a revisar las prácticas de privacidad

Según permitido por la ley, reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras normas de prácticas de privacidad. Estos cambios a las normas y prácticas pueden ocurrir luego de cambios a las leyes y normas tanto federales como estatales. Si así lo desea, le proveeremos con la notificación más reciente cuando visite nuestra oficina. Las normas y prácticas revisadas serán aplicadas a toda información de salud protegida que poseemos.

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507

**Solicitud para Inspeccionar Información de Salud Protegida**

Generalmente, usted puede inspeccionar o pedirnos una copia de su información de salud protegida. Según permitido por las leyes federales, requerimos que todo pedido para inspección o copia de información de salud protegida, sea por escrito. Usted puede obtener un formulario de requisición para acceder sus expedientes, a través de nuestra recepcionista u oficial de privacidad. Su requisición será revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones legales o médicas por las cuales deneguemos su requisición.

---

**Dr. Martha M. Rodriguez**

2015 Ocean Drive, Suite 11, Boynton Beach, FL 33426

Teléfono: 561-364-8056 / Fax: 561-364-8507