

Complete todas las secciones en todas las páginas

Indique "Ninguno" cuando corresponda

☐ Marque la casilla si es un paciente nuevo

TELÉFONO MÓVIL # _____ ☐ Privilegiado ☐ Alternativo

TELÉFONO DE CASA # _____ ☐ Privilegiado ☐ Alternativo

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: (Apellido, Nombre) _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN PRIMARIA (CALLE) _____ APTO# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ -- _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / MÉDICO DE REFERENCIA _____

Nombre de la farmacia: _____ Calle/Ciudad/Estado/Código postal: _____

POR FAVOR, ENUNCIÉ LAS PERSONAS CON LAS QUE ESTAMOS AUTORIZADOS A DISCUTIR SU INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Aspire Dermatology a comunicar información sobre mi procedimiento/resultados de mi procedimiento/facturación a/con:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

O

☐ No revele ninguna información sobre citas, procedimientos, resultados o facturación a nadie más que a mí mismo.

RESPONSABLE FINANCIERO (PARA MENORES DE EDAD)

Certifico que estoy autorizado a completar y firmar este formulario, y que estoy autorizado a dar mi consentimiento para el tratamiento del menor mencionado anteriormente.

NOMBRE (Apellido, Nombre) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO (CALLE) _____ Apto# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

HISTORIA MÉDICA PASADA (Por favor marque todos los que apliquen)

CIRUGÍAS PASADAS (Por favor marque todos los que apliquen)

☐ Ansiedad	☐ Diabetes	☐ Hipotiroidismo	☐ Apéndice eliminado	☐ Reemplazo de articulación
☐ Artritis	☐ Enfermedad renal	☐ Enfermedad neuromuscular	☐ Bypass de la arteria coronaria	☐ Especifique:
☐ Asma	☐ Epilepsia	☐ Cáncer de próstata	☐ Vesícula biliar extirpada	_____
☐ Fibrilación auricular	☐ ERGE	☐ Derrame cerebral	☐ Reemplazo de válvula cardíaca	☐ Otro: _____
☐ Cáncer de mama	☐ Hipertensión	☐ Colitis ulcerosa	☐ Histerectomía	_____
☐ Cáncer de colon	☐ VIH/SIDA	☐ Otro: _____	☐ Mastectomía	_____
☐ Arteriosclerosis coronaria	☐ Colesterol alto	☐ NINGUNO	☐ Prostatectomía	_____
☐ Depresión	☐ Hipertiroidismo		☐ Trasplante de órgano	☐ NINGUNO

HISTORIA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL (Marque todas las opciones que correspondan o no marque ninguna si corresponde.) ☐ NINGUNO

☐ Acné	☐ Carcinoma de células basales	☐ Antecedentes familiares de melanoma, miembro: _____	☐ Lunares precancerosos
☐ Queratosis actínica	☐ Piel seca		☐ Soriasis
☐ Uso de Accutane	☐ Eczema		☐ Carcinoma de células escamosas
☐ Quemaduras solares con ampollas	☐ Melanoma	☐ Descamación/picazón del cuero cabelludo	☐ Orto: _____

MEDICAMENTOS (Por favor, indique o marque ninguno si corresponde) ☐ NINGUNO

¿Está usted recibiendo actualmente tratamiento con antiarrítmicos de clase III o bloqueadores de los canales de potasio para trastornos cardíacos? ☐ SI (Por favor, enumere arriba) ☐ NO

HISTORIA SOCIAL (Por favor marque todos los que apliquen)

¿Tiene usted un poder notarial o apoderado para asuntos de salud?? ☐ SI, Nombre: _____ ☐ NO
¿Fumas tabaco? ☐ SI ☐ NO ☐ EX FUMADOR
¿Consumes algún alcohol? ☐ SI, ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ NO

ALERGIAS (Por favor, indique o marque ninguno si corresponde) ☐ NINGUNO

☐ **Leche de vaca**

ALERTAS

REVISIÓN DE SISTEMAS

(Marque todas las opciones que **correspondan a su caso actual**)

☐ Marcapasos o desfibrilador	☐ Trastornos neuromusculares (Lou Gehrig, miastenia grave)	☐ Dolores articulares
☐ Artificial Heart Valve	☐ Se requieren antibióticos orales antes de cirugías o trabajos dentales	☐ Erupción
☐ Desmayarse con los procedimientos	☐ Tomando un medicamento anticoagulante	☐ Problemas de la vista
☐ Alergia al latex	☐ Tomando un medicamento inmunosupresor	☐ Pérdida de cabello
☐ Alergia a la lidocaína	☐ Actualmente embarazada o amamantando	☐ Depresión nueva o que empeora
☐ Alergia a los adhesivos	☐ Desarrollar una frecuencia cardíaca rápida con epinefrina	☐ Mareos/dolores de cabeza
☐ Historia de los queloides	☐ NINGUNO	☐ Debilidad muscular
☐ Reemplazo de articulación en los últimos 2 años		☐ Piel seca/labios secos
☐ PARÁLISIS DE BELL		☐ Bulto/masa en la piel
☐ ESCLEROSIS MÚLTIPLE		☐ Infecciones múltiples: sistémicas o localizadas
☐ ARRITMIAS		☐ Vacuna TDAP (menores de 18 años)
☐ Derrame cerebral		☐ Vacuna contra el VPH (menores de 18 años)
		☐ Vacuna contra la meningitis (menores de 18 años)
		☐ NINGUNO

TIPO DE PIEL

ÁREAS DE PREOCUPACIÓN

☐ Piel muy grasa, poros dilatados	☐ Líneas de expresión entre las cejas	☐ Hiperpigmentación
☐ Piel Sensitiva	☐ Líneas de pliegue alrededor de la nariz y la boca	☐ Vello facial/vello no deseado
☐ Piel grasosa	☐ Arrugas alrededor de los ojos/patas de gallo	☐ Piel flácida
☐ Piel mixta (zona T grasa, mejillas secas a normales)	☐ Líneas/arrugas de la frente	☐ Doble barbilla
☐ Piel seca	☐ Rejuvenecimiento de la piel	☐ Cicatrices
	☐ Acné	☐ Lesiones vasculares
	☐ Pecas/manchas solares	☐ Otro: _____

PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS PASADOS (Por favor marque todos los que apliquen)

☐ Botox	☐ Microdermoabrasión	☐ Extracciones	☐ Rejuvenecimiento de la piel
☐ Rellenos (Juvederm/Radiesse/Restylane/Voluma)	☐ Exfoliaciones químicas	☐ Eliminación de tatuajes	☐ Estiramiento de la piel
☐ Kybella	☐ Tratamientos faciales	☐ La depilación láser	

¿CUÁL ES TU RÉGIMEN DIARIO DE CUIDADO DE LA PIEL? _____

¿FECHA DE LA ÚLTIMA EXPOSICIÓN AL SOL? _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



Acuerdo financiero:

Acuerdo Financiero: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: En el caso de que mi seguro pague todo o parte de los cargos del médico, el médico que me presta el servicio está autorizado a presentar un reclamo de pago a mi compañía de seguros. El consultorio del médico no está obligado a hacerlo, a menos que esté bajo contrato con el asegurador o esté obligado por una regulación de una agencia estatal o federal para procesar dicho reclamo, y si la información pertinente sobre la cobertura del seguro se presenta en el momento de la cita o antes. Por la presente, cedo los beneficios que se pagarán en mi nombre a Aspire Dermatology. El abajo firmante garantiza el pago puntual de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o el saldo adeudado después de los pagos del seguro, de acuerdo con la póliza de pago de dichas facturas de Aspire Dermatology por cargos no pagados dentro de un plazo razonable por el seguro o un tercero pagador. Certifico que la información proporcionada con respecto a la cobertura del seguro es correcta. Autorizo a Aspire Dermatology a divulgar todo o parte de mis registros médicos cuando lo requiera o lo permita la ley o la regulación gubernamental, cuando sea necesario para la presentación de cualquier reclamo de seguro para el pago de servicios o para cualquier médico(s) responsable(s) de la atención continua..

Copagos, deducibles y coaseguro: Aspire Dermatology espera el pago de copagos, deducibles y coaseguros al momento del servicio. A los pacientes con un saldo pendiente mayor a 30 días se les aplicará un cargo por mora de \$25.00, deben coordinar el pago antes de programar sus citas y, de no existir un plan de pago, la cuenta se transferirá a una agencia de cobranza. Para su comodidad, Aspire Dermatology acepta las principales tarjetas de crédito. Entendemos que los pacientes tienen dificultades financieras y nuestros asesores financieros trabajarán con usted para garantizar que reciba la atención médica necesaria. Tenga en cuenta que Aspire Dermatology y sus proveedores se consideran "especialistas" y los copagos generalmente son más altos que los que se pagan a los médicos de atención primaria.

Cargo por fondos insuficientes: Aspire Dermatology cobrará una comisión de \$30 por fondos insuficientes en caso de un cheque devuelto o sin fondos, por cualquier motivo. El paciente deberá gestionar el pago de todas sus futuras visitas en efectivo o con tarjeta de crédito; ya no se aceptarán cheques. Tenga en cuenta que, como depositante del cheque, nuestra institución financiera cobrará una comisión en caso de cheque devuelto.

Visitas perdidas: Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo asignado. Se añadirá un cargo de \$25 a su cuenta si no nos avisa con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. Se añadirá un cargo de \$75 a su cuenta por citas perdidas o reprogramadas para cirugía de Mohs y escisión con 24 horas de anticipación. Se añadirá un cargo de \$50 a su cuenta por citas cosméticas perdidas si no nos avisa con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.

Planes de seguro HMO: Para procesar las reclamaciones, Aspire Dermatology necesita la información de referencia del paciente, como el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico que lo refirió, y el formulario de referencia. Sin esta información, la reclamación no se procesará y la factura será responsabilidad del paciente. Si tiene una cobertura HMO, **debe obtener una referencia antes** de su visita a Aspire Dermatology. Si no se obtiene una referencia antes de la visita, se le facturará al paciente cualquier obligación financiera.

Verificación de elegibilidad y beneficios del seguro: En Aspire Dermatology, nos dedicamos a ayudar a nuestros pacientes con una cobertura de beneficios precisa, verificando la elegibilidad y los beneficios de la póliza de seguro de cada paciente para cualquier obligación financiera, si la hubiera, derivada de la fecha de servicio. Sin embargo, no nos responsabilizamos por la información inexacta que se nos proporcione, siempre que esté disponible. Las políticas y las determinaciones de cobertura pueden variar según el pagador, el plan y el año, incluso si las identificaciones y tarjetas de identificación del miembro permanecen iguales. Además, no todos los servicios están cubiertos por todos los planes de seguro. Si tiene alguna pregunta adicional sobre su póliza y cobertura, comuníquese con el departamento de servicios al miembro de su compañía de seguros.

PACIENTES QUE PAGO POR SUS CUENTAS: Tenga en cuenta que si no tiene seguro médico, **deberá pagar la consulta y el tratamiento en el momento de su visita.** Podría haber cargos adicionales por el tratamiento realizado el día de su visita. Dichos cargos se pagarán el mismo día o se facturarán después de que se determinen los cargos por los servicios prestados. Si se realizan análisis de laboratorio o biopsias durante su visita, recibirá una factura del laboratorio que la procesa. Esta factura no proviene de nosotros, sino de terceros.

PACIENTES COSMÉTICOS: Aspire Dermatology espera el pago de los honorarios de la consulta y los costos del tratamiento al momento del servicio. Los honorarios de la consulta deben abonarse al momento de la consulta y no son reembolsables, pero se acreditarán al tratamiento si se completa dentro de los 180 días posteriores a la consulta. Los honorarios de la consulta, los productos y los costos del tratamiento están sujetos a cambios sin previo aviso. En cuanto a los rellenos, la consulta tiene un costo de \$150, se requerirá un depósito de \$200 antes del primer tratamiento; **este depósito de \$200 también se acreditará a su futura cita.** Los depósitos de rellenos vencen a los 180 días de la fecha de pago y no son reembolsables ni transferibles.

El abajo firmante certifica que ha leído y comprendido lo anterior y acepta plenamente todos los términos especificados anteriormente.

Firma del Paciente o Responsable

Nombre impreso

Relación con el paciente

Fecha de firma



EXENCIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS

Entiendo que todo el tejido removido será enviado a un laboratorio externo para su examen e identificación. También entiendo que podría existir un pago asociado con este procedimiento del cual yo sería responsable debido a mis límites de copago/deducible.

Se me enviará un cobro del laboratorio de procesamiento si se realizan trabajos de laboratorio o biopsias durante mi visita, de acuerdo con mi cobertura de seguro actual. Esta factura no proviene de Aspire Dermatology. Es un cobro de terceros. Nuestro laboratorio de procesamiento de muestras de tejidos preferido es New England Tissue Issue, no podemos garantizar que sus muestras puedan/se enviarán a un laboratorio diferente fuera de nuestro laboratorio preferido.

Tenga en cuenta que tinciones especiales para las biopsias pueden ser necesarias. El dermatopatólogo puede necesitar solicitar que un laboratorio externo realice estudios más intensivos para asegurar un diagnóstico adecuado. Estos costos adicionales separados incluyen, pero no se limitan a pedidos de tinciones especiales. Puedo ser responsable del costo adicional de procesamiento de laboratorio que se determina de acuerdo con mis beneficios del plan de seguro. Por favor, tenga en cuenta que la decisión de contratar a un laboratorio de terceros para detectar tinciones especiales no es realizada por Aspire Dermatology, y cualquier responsabilidad monetaria adicional resultante de pruebas adicionales se debe al laboratorio respectivo. Cualquier consulta relacionada con cantidades adicionales de copago de laboratorio debe dirigirse al laboratorio de terceros correspondiente.

Certifico que he leído y entiendo toda la información que me han proporcionado, y que toda la información proporcionada en esta fecha a Aspire Dermatology es correcta.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAR

En Aspire Dermatology, hacemos todo lo posible para brindarles a nuestros pacientes una atención oportuna en las comunidades donde viven y trabajan. Es posible que su proveedor de atención no siempre sea el mismo; sin embargo, Aspire Dermatology está compuesto por un equipo altamente profesional, capacitado y experto de: médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y esteticistas, que están listos y disponibles para atender todas sus necesidades de cuidado de la piel con el máximo profesionalismo, respeto y cuidado.

Aceptación del paciente: Al proporcionar mi(s) número(s) de teléfono, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a realizar llamadas telefónicas con el fin de notificarme sobre una cita pendiente, una cita perdida, controles cutáneos vencidos, saldos pendientes, resultados de laboratorio o cualquier otra función relacionada con la atención médica. Doy mi consentimiento para que se dejen mensajes detallados en mi buzón de voz, si no estoy disponible en el(los) número(s) que proporcione.

He revisado la información demográfica y de seguros de mi paciente en esta fecha y verifico que toda la información informada a Aspire Dermatology es correcta. Por la presente reconozco que se me ha puesto a disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Aspire Dermatology. Tengo derecho a obtener una copia impresa si la solicito.

Por la presente doy mi consentimiento para que se realicen exámenes físicos, incluida la atención médica y quirúrgica, los procedimientos de diagnóstico y los tratamientos que se consideren necesarios o recomendables a criterio de mi proveedor. Esto puede incluir, entre otros, pruebas de diagnóstico de laboratorio (como biopsias de piel, extirpaciones y control de laboratorio), tratamientos médicos y quirúrgicos (incluidos tratamientos de verrugas, extirpaciones quirúrgicas, administración de medicamentos) u otros servicios prestados por Aspire Dermatology. Entiendo que se me explicará de antemano cualquier procedimiento que se realice y que soy libre de rechazar cualquiera o todos los procedimientos si así lo deseo. Entiendo que no se me han dado garantías ni seguridades con respecto a los resultados de dichos procedimientos.

Entiendo que se me dará una explicación de la naturaleza, el propósito previsto y los riesgos, consecuencias, complicaciones, beneficios y alternativas razonables previsibles de los exámenes, procedimientos o tratamientos que se puedan realizar. Entiendo los riesgos asociados con los procedimientos que pueden ocurrir durante mis visitas a Aspire Dermatology.

Con cualquier procedimiento existen riesgos involucrados que incluyen, entre otros:

- 1. Cicatriz:** siempre es posible que queden cicatrices con cualquier procedimiento en la piel. Hacemos todo lo posible para ofrecer el mejor resultado cosmético, pero no garantizamos el resultado final.
- 2. Infección:** todos los procedimientos se realizan de forma higiénica. Se proporcionarán instrucciones detalladas sobre el cuidado de las heridas. A pesar de esto, un pequeño porcentaje de personas puede desarrollar una infección.
- 3. Sangrado:** es probable que algunos procedimientos tengan un pequeño sangrado. Se intentará detener el sangrado en el consultorio antes de irse. En raras ocasiones, y con más frecuencia en el caso de quienes toman medicamentos anticoagulantes, puede producirse un poco de sangrado en el hogar.
- 4. Daño a los nervios:** el riesgo de daño a los nervios es una posibilidad poco común con cualquier procedimiento quirúrgico.

Reconozco que no he recibido garantías ni seguridades con respecto a los beneficios que espero recibir ni a las consecuencias que puedan derivarse de cualquiera de los exámenes, procedimientos o tratamientos que se me realicen. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que los tratamientos pueden implicar el riesgo de efectos no deseados y lesiones.

Entiendo que Aspire Dermatology puede utilizar un software de reconocimiento de voz que creará una transcripción del diálogo entre mi proveedor y yo durante mi cita para mejorar la precisión y la coherencia, a partir de una grabación de audio que se destruye de forma segura tras la revisión del proveedor.

Entiendo que debo discutir cualquier pregunta o inquietud con mi proveedor antes de cualquier procedimiento y tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento.

Entiendo que todo el tejido extraído se enviará a un laboratorio externo para su análisis e identificación. Entiendo que este procedimiento podría tener gastos de bolsillo debido a los límites de copago y deducible.

Entiendo que, cuando sea apropiado y necesario, el personal y los proveedores de Aspire Dermatology pueden tomar fotografías clínicas de las siguientes áreas examinadas, entre otras: biopsias, procedimientos quirúrgicos, suturas, erupciones, acné y lunares. Estas fotografías se utilizan para ayudar en el seguimiento de los resultados, el diagnóstico adecuado, el tratamiento y la educación profesional. Las fotografías clínicas se consideran una práctica de rutina de la atención y el tratamiento de nuestros pacientes y están cubiertas por la admisión general y el consentimiento para el tratamiento.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CÓMO PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. Léalo cuidadosamente.

Nuestro compromiso con usted

En ASPIRE DERMATOLOGY, nos comprometemos a proteger su información médica y mantenerla privada. Seguiremos los términos de este aviso en todo momento y en todos nuestros flujos de trabajo.

Acerca de este aviso

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y entregarle este aviso que explica nuestras prácticas de privacidad con respecto a esa información. Usted tiene ciertos derechos (y nosotros tenemos ciertas obligaciones legales) con respecto a la privacidad de su información médica protegida, y este aviso también explica sus derechos y nuestras obligaciones. Estamos obligados a cumplir con los términos de la versión actual de este aviso.

¿Qué es la información médica protegida?

"Información de salud protegida" es información que lo identifica individualmente y que creamos u obtenemos de usted o de otro proveedor de atención médica, plan de salud, su empleador o un centro de intercambio de información sobre atención médica y que se relaciona con (1) su salud o condiciones físicas o mentales pasadas, presentes o futuras, (2) la prestación de atención médica a usted o (3) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

¿Quién sigue este aviso?

Este aviso es para ASPIRE DERMATOLOGY

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para tratamiento. Podemos usar o divulgar su información médica protegida para brindarle tratamiento o servicios médicos y para administrar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, su información médica protegida puede proporcionarse a un médico u otro proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) al que lo hayan derivado para garantizar que el médico u otro proveedor de atención médica tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo o brindarle un servicio. Los residentes médicos u otros trabajadores universitarios pueden leer su historial para saber si un tratamiento está funcionando.

Para el pago. Podemos usar y divulgar su información médica protegida para poder facturar el tratamiento y los servicios que recibe de nosotros y para poder cobrarle el pago a usted, a un plan de salud o a un tercero. Este uso y divulgación puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, como determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le brindan para determinar su necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, es posible que debamos proporcionarle a su plan de salud información sobre su tratamiento para que su plan de salud acepte pagar dicho tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica protegida para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información médica protegida para revisar internamente la calidad del tratamiento y los servicios que recibe y para evaluar el desempeño de los miembros de nuestro equipo en su atención. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos médicos, estudiantes de medicina y otro personal autorizado para fines educativos y de aprendizaje.

Socios comerciales. Podemos divulgar información médica protegida a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información médica protegida es necesaria para esas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar nuestra facturación o para brindarnos servicios de transcripción o consultoría. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad y garantizar la seguridad de su información médica protegida.

Recordatorios de citas/Alternativas de tratamiento/Beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información médica protegida para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir atención médica, o para informarle que es hora de una cita de seguimiento o un chequeo de rutina, o para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Menores de edad. Podemos divulgar la información médica protegida de menores de edad a sus padres o tutores, a menos que dicha divulgación esté prohibida por ley.

Divulgaciones obligatorias. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos puede investigar violaciones de la privacidad. Si se solicita su información médica como parte de una investigación, debemos compartir su información médica protegida con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Compartiremos su información médica protegida a pedido de dicho Secretario como parte de una investigación de una violación de la privacidad. Bajo las mismas leyes, debemos darle información en su historial médico. Se nos permite retener cierta información de usted.

Según lo exija la ley. Divulgaremos información médica protegida sobre usted cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información médica protegida para actividades de salud pública. Esto incluye divulgaciones a: (1) una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA") para fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulados por la FDA; (2) prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (3) informar nacimientos y muertes; (4) informar abuso o negligencia infantil; (5) informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; (6) notificar a personas sobre retiros de productos que puedan estar usando; (7) una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y (8) a su empleador en ciertas instancias limitadas.

Abuso, negligencia o violencia doméstica. Podemos divulgar información médica protegida a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y el paciente está de acuerdo, o si la ley nos exige o nos autoriza a realizar dicha divulgación. Por lo general, se le notificará que estamos compartiendo esta información con estas autoridades gubernamentales.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias y actividades similares que son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Fines de notificación de violación de datos. Podemos usar o divulgar su información médica protegida para proporcionar avisos requeridos por ley sobre acceso no autorizado o divulgación de su información médica.

Litigios y disputas. Si usted está involucrado en un litigio o una disputa, podemos divulgar información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa.

También podemos divulgar información médica protegida en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada. También podemos usar o divulgar su información médica protegida para defendernos en caso de una demanda.

Cumplimiento de la ley. Podemos compartir su información médica protegida si un funcionario de las fuerzas de seguridad lo solicita: (1) para responder a una orden judicial, una orden de arresto, una citación u otro proceso similar; (2) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o (3) para obtener información sobre una víctima real o presunta de un delito. Podemos compartir voluntariamente información médica protegida con un funcionario de las fuerzas de seguridad: (1) si creemos que una muerte fue el resultado de un delito; (2) para denunciar delitos en nuestra propiedad; o (3) en una emergencia.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense, forense o director de funeraria, para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos o tejidos, podemos usar o divulgar su información médica protegida a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos (como un banco de donación de órganos) según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Investigación. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para fines de investigación, pero solo lo haremos si la investigación ha sido especialmente aprobada por una junta de revisión institucional autorizada o una junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica protegida. Incluso sin esa aprobación especial, podemos permitir que los investigadores examinen la información médica protegida para ayudarlos a prepararse para la investigación, por ejemplo, para permitirles identificar a los pacientes que pueden incluirse en su proyecto de investigación, siempre que no eliminen ni tomen una copia de ninguna información médica protegida. Podemos utilizar y divulgar un conjunto limitado de datos que no contenga información específica fácilmente identificable sobre usted para la investigación. Sin embargo, solo divulgaremos el conjunto limitado de datos si celebramos un acuerdo de uso de datos con el destinatario, quien debe aceptar (1) utilizar el conjunto de datos solo para los fines para los que se proporcionó, (2) garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos, y (3) no identificar la información ni utilizarla para comunicarse con ninguna persona. Bajo condiciones estrictas similares, se puede utilizar o compartir información médica sobre pacientes fallecidos.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otras personas. Sin embargo, solo divulgaremos la información a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Actividad Militar y Seguridad Nacional. Si usted participa en actividades militares, de seguridad nacional o de inteligencia, o si se encuentra bajo custodia de las fuerzas del orden, podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios autorizados para que puedan llevar a cabo sus obligaciones legales conforme a la ley. En virtud de esta disposición, podemos divulgar su información médica protegida con:

-Funcionarios federales autorizados (1) para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley; o (2) para proteger al presidente.

- Fuerzas Armadas, autoridades de comando o el Departamento de Asuntos de Veteranos (1) para ver si usted es apto para el servicio militar o elegible para los servicios de salud para veteranos; o (2) para ver si usted es médicamente apto para recibir una autorización de seguridad del Departamento de Estado.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información médica protegida a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley si la divulgación es necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) la seguridad de la institución correccional.

Compensación laboral. Podemos usar o divulgar información médica protegida para compensación laboral o programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE LE DENEMOS LA OPORTUNIDAD DE Oponerse Y EXCLUIRSE OPPORTUNITY TO OBJECT AND OPT OUT

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención. A menos que se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su Información de Salud Protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional.

Asistencia en caso de desastre. Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a organizaciones de asistencia en caso de desastre que busquen su Información de Salud Protegida para coordinar su atención o notificar a familiares y amigos sobre su ubicación o condición en caso de desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha divulgación siempre que sea posible hacerlo. Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos. Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si no desea recibir estos materiales, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información de Salud Protegida se realizarán únicamente con su autorización por escrito: (1) Usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida para fines de marketing; y (2) Divulgaciones que constituyen una venta de su Información de Salud Protegida.

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida que no estén contemplados en este Aviso o en las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos otorga una autorización, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos información médica protegida en virtud de la autorización. Sin embargo, la divulgación que hayamos realizado en base a su autorización antes de que la revocara no se verá afectada por la revocación.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Tiene ciertos derechos con respecto a su información médica protegida, que se describen a continuación. Estos derechos se aplican a la información médica que conservamos. Debe enviar una solicitud por escrito para ejercer cualquiera de estos derechos. Puede enviar su solicitud por escrito a

ASPIRE DERMATOLOGY a la dirección que se indica al final de este aviso.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted solo de ciertas maneras para preservar su privacidad. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo a una dirección específica o que lo llamemos solo a su número de trabajo. Debe realizar dicha solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde nos comunicaremos con usted. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. No le preguntaremos el motivo de su solicitud.

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención o el pago de la misma. Tenemos hasta 30 días para poner a su disposición su información médica protegida y podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. No podemos cobrarle una tarifa si necesita la información para una reclamación de beneficios en virtud de la Ley del Seguro Social o cualquier otro programa de beneficios basado en las necesidades estatales o federales. Podemos rechazar su solicitud en determinadas circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a que un profesional de la salud autorizado que no haya participado directamente en la denegación de su solicitud revise la denegación, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a solicitar modificaciones. Si considera que la Información de Salud Protegida que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una modificación durante el tiempo que la información esté en nuestro poder o en nuestro nombre. La solicitud de modificación debe realizarse por escrito al Responsable de Privacidad a la dirección que se proporciona al principio de este Aviso y debe indicarnos el motivo de su solicitud. En ciertos casos, podemos rechazar su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Derecho a una contabilidad de las revelaciones. Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones", que es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos a los de tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en este Aviso. Excluye las divulgaciones que podamos haberle hecho a usted, a familiares o amigos involucrados en su atención, o para fines de notificación. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Además, las limitaciones son diferentes para los registros médicos electrónicos. El primer informe de divulgaciones que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuito. Para solicitudes adicionales dentro del mismo período, podemos cobrarle los costos razonables de proporcionar el informe. Le informaremos cuáles son los costos y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en los costos.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la Información de Salud Protegida que utilizamos o divulgamos para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite a la Información de Salud Protegida que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Para solicitar una restricción sobre quién puede tener acceso a su Información de Salud Protegida, debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que nos esté pidiendo que restrinjamos el uso y la divulgación de su Información de Salud Protegida a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica y dicha información que desea restringir se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que nos haya pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si aceptamos la restricción solicitada, no podemos usar ni divulgar su Información de Salud Protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar un tratamiento de emergencia.

Pagos de bolsillo. Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, solicitó que no facturemos a su plan de salud) en su totalidad por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su Información de salud protegida con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y respetaremos esa solicitud.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo en formato electrónico. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

Derecho a un resumen o explicación. También podemos proporcionarle un resumen de su información médica protegida, en lugar del registro completo, o podemos proporcionarle una explicación de la información médica protegida que se le ha proporcionado, siempre que acepte este formulario alternativo y pague las tarifas asociadas.

Derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos. Si su información médica protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como historial médico electrónico o historial médico electrónico), usted tiene el derecho de solicitar que se le entregue una copia electrónica de su historial o que se transmita a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su información médica protegida en la forma o formato que solicite, si es fácilmente reproducible en dicha forma o formato. Si la información médica protegida no es fácilmente reproducible en la forma o formato que solicita, su historial se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o, si no desea esta forma o formato, en una copia impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por la mano de obra asociada con la transmisión del historial médico electrónico.

Derecho a recibir notificación de una infracción. Usted tiene derecho a ser notificado en caso de una violación de cualquier información médica protegida no segura.

USO DE MODMED SCRIBE PARA SU VISITA

Aspire Dermatology utiliza ModMed Scribe, una solución de software de reconocimiento de voz integrada en nuestro software de historiales médicos electrónicos, para registrar y transcribir consultas y tratamientos médicos en su historial clínico. Al finalizar cada cita, ModMed Scribe utiliza la transcripción para generar una nota clínica que resume la conversación entre usted y su profesional de la salud, incluyendo las acciones a tomar. El profesional analizará cada transcripción para respaldar su documentación clínica. Su profesional de la salud utiliza las grabaciones de audio generadas por la tecnología de ModMed Scribe únicamente para confirmar la exactitud e integridad de las transcripciones. Posteriormente, las grabaciones se destruyen de forma segura.

La plataforma ModMed Scribe cumple con las normas de HIPAA para garantizar la seguridad de sus datos y cuenta con un Acuerdo de Asociado Comercial (Asociación Comercial) que cumple con la HIPAA. Nuestra plataforma de software de registros médicos electrónicos ha obtenido la certificación ASTP/ONC según el Criterio de Intervención para el Apoyo a la Toma de Decisiones Predictivas, que impone rigurosos requisitos regulatorios a ModMed Scribe.

CAMBIO A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier otra que obtengamos en el futuro. Cualquier cambio en este aviso se publicará en nuestro sitio web en www.aspiredermatology.com. El aviso revisado también estará disponible en cualquiera de los lugares donde ASPIRE DERMATOLOGY ofrece servicios.

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer sus derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad a la siguiente dirección: 102 Valley Rd, Middletown, RI 02842. Para ejercer su derecho a inspeccionar y copiar su Información Médica Protegida, también puede comunicarse directamente con su médico. Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con nuestro Responsable de Privacidad por teléfono al 401-239-1800 o por correo a la dirección mencionada anteriormente.

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente. Todas las quejas deben presentarse por escrito y dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que usted tuvo conocimiento o debió haber tenido conocimiento de la presunta violación. No habrá represalias en su contra por presentar una queja.