



POR FAVOR ESCRIBIR EL NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE.

¿Se ha registrado en nuestro portal cibernético de PACIENTE? S / N Si no, visite [www.sfenta.com](http://www.sfenta.com) y precionar en "Portal Link."

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ APT /UNIDAD: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Por favor de circular o llenarlas sections siguientes:

Sexo: Masculino Femenina Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Idioma: Ingles Español \_\_\_\_\_

Raza: Blanco Negro Hispano Asiatico \_\_\_\_\_ Origen Étnico: Hispano/Latino o No-Hispano/ No Latino

Recordatorio de Cita: Casa Celular Texto Correo Resumen de Visita proveida por? Portal / Impresa / Declinada

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró acerca de nosotros? \_\_\_\_\_

Nombre de FARMACIA: \_\_\_\_\_ Tel de la Farmacia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de Cabezera: \_\_\_\_\_ Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico quien refirió: \_\_\_\_\_ Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel De Empleador:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre De Espos(a): \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimientp De Espos(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel de Espos(a):(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
CONTACTO DE EMERGENCIA /RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quisiera designar algún representante personal, tal como su esposo/a u otro familiar, el cual podria discutir con su medico información de salud privada pertinente a su caso?(CIRCULE) SI NO

NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

Concede usted permiso a nuestros medicos para dejar mensajes sobre su información de salud privada en su contestadora (ejemplo: resultados de exámenes.)(CIRCULE) SI NO

A QUE TELÉFONO PODEMOS LLAMAR? (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
ES ESTA VISITA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE DE CARRO (círculo) SI NO INDEMNIZACIÓN LABORAL(círculo) SI NO

**SEGURO DE SALUD** \*Una fotocopia de esta información sera valida.

\*SEGURO PRIMARIO : \_\_\_\_\_ # DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

\*SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ # DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

AVISO AL PACIENTE: Proveedor aceptara compensación únicamente por servicios cubiertos y pagos por la compañía de seguros y por los servicios otorgados al asegurado, con excepción de co-pagos, co-seguros, y deducibles, y servicios no cubiertos o requeridos bajo el acuerdo de salud en su póliza de seguro medico. Declaro que toda la información proveida en esta visita es completa y precisa. En caso de que esta información este incorrecta o incompleta, el paciente sera responsable por todos los gastos incurridos.

AUTORIZACIÓN YASIGNACION DE BENEFICIOS:  
Autorizo a South Florida ENT Associates, P.A. que proporcione información medica a mi compañía de seguro. Autorizo pago directo de cuentas medicas or quirurgicas a South Florida ENT Associates, P.A. Entiendo que soy financieramente responsable por todo los cargos, balances o cuentas no cubiertas por mi seguro médico, o en el evento que mi seguro medico haya sido cancelado y no tenga cobertura de salud. Además, entiendo que sere responsable por todos los costos incurridos en el intento de coleccionar esta deuda.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



**HISTORIAL MÉDICO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F Si es mujer, ¿está embarazada?  S  N Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Queja principal/motivo de la visita: \_\_\_\_\_ Doctor que refiere/proveedor de cuidado primario: \_\_\_\_\_

**Síntomas actuales (Marque con un círculo cualquier positivo):**

<b>SENOS PARANASALES:</b> DOLOR FACIAL / DOLORES DE CABEZA / PRESIÓN / CONGESTIÓN / SANGRADO / ESTORNUDO / SECRECIÓN NARIZ / PÉRDIDA DE OLORES / PICAZÓN / DRENAJE POSTNASAL	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>OÍDOS-AUDICIÓN:</b> DOLOR / PÉRDIDA AUDITIVA / ZUMBIDO EN LOS OÍDOS / PRESIÓN / PÉRDIDA DE EQUILIBRIO / PICAZÓN / DRENAJE / CERA DE OÍDO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>BOCA:</b> PROBLEMA DENTAL / BOCA SECA / MAL ALIENTO / ÚLCERAS BUCALES / ULCERACIONES / PAROTIDITIS / SANGRADO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>GARGANTA:</b> ADOLORIDA / RONQUERA / PÉRDIDA DE SABOR / MAL SABOR / PUNTOS BLANCOS / LESIONES / RONQUIDO/ DIFICULTAD PARA TRAGAR	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>RESPIRATORIO:</b> FALTA DE ALIENTO / TOS / SIBILANCIA / ASMA	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>GASTROINTESTINAL:</b> ACIDEZ / REFLUJO / DIARREA / NÁUSEAS / VÓMITO/ GASTRITIS	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>NEUROLÓGICO:</b> DOLORES DE CABEZA / DESMAYOS / MAREOS / ADORMECIMIENTO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES:</b> FATIGA / FIEBRE / ESCALOFRÍOS / SUDORACIÓN NOCTURNA / PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO / DESVANECIMIENTO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>OJOS:</b> DOBLE VISIÓN / PICAZÓN / PÉRDIDA DE LA VISIÓN / DOLOR / ARDOR / LAGRIMADO / OJOS SECOS	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>PIEL:</b> ERUPCIÓN / PICAZÓN / LESIONES / URTICARIA	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>MUSCULOESQUELÉTICO:</b> DOLOR DE COYUNTURAS / DOLOR DE MANDÍBULA	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>HEMATOLÓGICO-LINFÁTICO:</b> MASA DE CUELLO / HEMATOMAS	NINGUNO <input type="checkbox"/>

<p align="center"><b>Historial médico</b> (marque si tiene historial de lo siguiente)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TRAUMA CRANEAL O FACIAL</td> <td><input type="checkbox"/> ANSIEDAD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CIRUGÍA SINUSAL</td> <td><input type="checkbox"/> DESORDEN DEL SUEÑO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MASTOIDITIS</td> <td><input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE MEMORIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASMA</td> <td><input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO</td> <td><input type="checkbox"/> DEPRESIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> REFLUJO</td> <td><input type="checkbox"/> DIABETES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HERNIA HIATAL</td> <td><input type="checkbox"/> OBESIDAD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL</td> <td><input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONVULSIONES</td> <td><input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PARATIROIDEA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PITUITARIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL</td> <td><input type="checkbox"/> MASAS DE CUELLO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ATAQUES DEL CORAZÓN PASADOS</td> <td><input type="checkbox"/> ANEMIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MARCAPASOS</td> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO</td> <td><input type="checkbox"/> EMBOLISMO PULMONAR PVT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GLAUCOMA</td> <td><input type="checkbox"/> FRACTURAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL</td> <td><input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ARTRITIS</td> <td><input type="checkbox"/> LUPUS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Distrofia muscular</td> <td><input type="checkbox"/> DIÁLISIS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS CONGÉNITOS</td> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PRÓSTATA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES</td> <td><input type="checkbox"/> OTRO _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TRAUMA CRANEAL O FACIAL	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> CIRUGÍA SINUSAL	<input type="checkbox"/> DESORDEN DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> MASTOIDITIS	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE MEMORIA	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> REFLUJO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HERNIA HIATAL	<input type="checkbox"/> OBESIDAD	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PARATIROIDEA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PITUITARIA	<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> MASAS DE CUELLO	<input type="checkbox"/> ATAQUES DEL CORAZÓN PASADOS	<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> EMBOLISMO PULMONAR PVT	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> FRACTURAS	<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> LUPUS	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> DIÁLISIS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CONGÉNITOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PRÓSTATA	<input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES	<input type="checkbox"/> OTRO _____	<p align="center"><b>Historial quirúrgico</b> (enumere todas las cirugías pasadas)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th align="center">Fecha</th> <th align="center">Procedimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p align="center"><b>Historial familiar de problemas médicos</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th align="center">Parentesco</th> <th align="center">Condición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Fecha	Procedimiento	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Parentesco	Condición	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> TRAUMA CRANEAL O FACIAL	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD																																																																				
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA SINUSAL	<input type="checkbox"/> DESORDEN DEL SUEÑO																																																																				
<input type="checkbox"/> MASTOIDITIS	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE MEMORIA																																																																				
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN																																																																				
<input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN																																																																				
<input type="checkbox"/> REFLUJO	<input type="checkbox"/> DIABETES																																																																				
<input type="checkbox"/> HERNIA HIATAL	<input type="checkbox"/> OBESIDAD																																																																				
<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES																																																																				
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PARATIROIDEA																																																																				
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PITUITARIA																																																																				
<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> MASAS DE CUELLO																																																																				
<input type="checkbox"/> ATAQUES DEL CORAZÓN PASADOS	<input type="checkbox"/> ANEMIA																																																																				
<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS																																																																				
<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> EMBOLISMO PULMONAR PVT																																																																				
<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> FRACTURAS																																																																				
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS																																																																				
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> LUPUS																																																																				
<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> DIÁLISIS																																																																				
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CONGÉNITOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PRÓSTATA																																																																				
<input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES	<input type="checkbox"/> OTRO _____																																																																				
Fecha	Procedimiento																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
Parentesco	Condición																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				
_____	_____																																																																				

Actualmente está utilizando productos de **tabaco**?  S  N En caso afirmativo, cantidad por día: \_\_\_\_\_

Si usted es un antiguo usuario de productos de tabaco, cuál fue la frecuencia de uso por día? \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Bebe **alcohol**?  S  N En caso afirmativo, cantidad: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

Actualmente tiene o tuvo en el pasado un problema con **abuso de sustancias**?  S  N

Por favor, enumere todas las **alergias** a continuación (incluidas las alergias a medicamentos, ambientales y/o de alimentos):

No tengo alergias \_\_\_\_\_

Enumere todos los **medicamentos** (incluya los mg) que está tomando actualmente (incluidos los medicamentos de venta libre y las vitaminas):

Ninguno \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

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

(Si el paciente es menor de edad, por favor indique la persona que completa el historial médico y la relación con el paciente)

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_



**SOUTH FLORIDA  
ENT ASSOCIATES**

**ASIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL**

Como es requerido por la Portabilidad de la Salud y la Ley de Responsabilidad (HIPPA) de 1996, usted tiene el derecho de designar una o más personas para actuar en su nombre en relación con la protección de la información de salud que pertenece a usted. Al completar esta forma, usted nos informa de su deseo de designar a la persona nombrada como su representante personal. Usted puede revocar esta designación en cualquier momento al firmar y fechar la revocación de su copia de esta forma y devolverlo a la oficina.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Solicito a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal con respecto a las decisiones que impliquen la utilización y / o divulgación de mi información de salud protegida:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cual es su relación con esta persona? \_\_\_\_\_

**Autorizo a esta(s) persona(s) para que tenga los mismos derechos de obtener mi historia médica.**

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

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

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento al firmar la revocación de la copia en esta forma y devolverlo a **South Florida ENT Associates, PA.** Además, entiendo que dicha revocación no se aplica si el uso autorizado de esa persona o la persona que divulga mi información de salud protegida ya han tomado medidas en mi nombre.

**Por la presente revoco la designación de un representante personal.**

\_\_\_\_\_  
**Patient's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA O REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

*South Florida ENT está comprometida a proteger su información de salud personal. Le recomendamos que se ponga en contacto con nuestra oficina primero si usted tiene cualquier problema o una pregunta surge en cuanto a su información personal sea utilizada por South Florida ENT.*

Fecha de vigencia: 01 de Junio 2013

Este aviso fue revisado: 16 de Mayo 2013

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO O SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN, COMMUNIQUESE CON NUESTRO OFICIAL DE PRIVACIDAD.

Oficial de Privacidad: Stacey Citrin

Dirección de Envío: 8181 NW 154th Street, Suite 200, Miami Lakes, FL 33016

Teléfono: (305)558-3724

Fax: (786) 662-3555

Email: [scitrin@southfloridaent.com](mailto:scitrin@southfloridaent.com)

### Acerca de este Aviso

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y para darle este aviso explicando nuestras prácticas de privacidad con respecto a esa información. Usted tiene ciertos derechos - y tenemos ciertas obligaciones legales - con respecto a la privacidad de su información de salud protegida, y el presente 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 Protegida de la Salud?

"Información médica protegida" es información que lo identifica a usted individualmente y que creamos o recibimos de usted o de otro proveedor de atención de salud, plan de salud, su empleador o un centro de atención de la salud y que se refiere a (1) su pasado, presente o futuro de la salud o las condiciones físicas o mentales, (2) la prestación de asistencia sanitaria a usted, o (3) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

### Cómo Podemos Usar y Divulgar su Información de Salud Protegida

Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

- **Para Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información protegida de salud para darle tratamiento o servicios médicos y para administrar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico u otro proveedor de atención de la salud (por ejemplo, un especialista o laboratorio) a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico u otro profesional de la salud tiene la información necesaria para diagnosticar o tratar o le proporcione un servicio.
- **Para el Pago.** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para que podamos facturar el tratamiento y los servicios que usted recibe de nosotros y puede cobrarle a usted, un plan de salud, o de un tercero. Este uso y divulgación pueden incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar por los servicios de atención de salud se recomienda para usted, tales como hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro, la revisión de los servicios prestados a usted a médicos necesidad, y la realización de las actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud sobre su tratamiento para que su plan de salud de acuerdo a pagar por ese tratamiento.
- **Para Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y revelar información de salud protegida para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información de salud protegida para revisar internamente la calidad de los tratamientos y servicios que recibe y para evaluar el desempeño de los miembros de nuestro equipo en el cuidado de usted.

También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos médicos, estudiantes de medicina y otro personal autorizado con fines educativos y de aprendizaje.

- **Recordatorios de citas / alternativas / Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud Tratamiento.** Podemos usar y revelar información de salud protegida para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir atención médica o ponerse en contacto con usted para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.
- **Los menores de edad.** Podemos divulgar la información protegida de salud de los hijos menores con sus padres o tutores a menos que dicha divulgación es prohibido por la ley. (Opcional, sólo se incluye si es aplicable).
- **Investigación.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de investigación, pero sólo lo haremos si la investigación ha sido especialmente aprobada por una junta de revisión institucional autorizado o una junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud protegida. Incluso sin esa aprobación especial, podemos permitir a los investigadores a mirar información de salud protegida para ayudarles a prepararse para la investigación, por ejemplo, que les permita identificar a los pacientes que pueden ser incluidas en su proyecto de investigación, siempre y cuando no eliminar, o llevar una copia de cualquier Información de Salud Protegida. Podemos usar y divulgar un conjunto limitado de datos que no contiene información específica fácilmente identificable sobre usted para la investigación. Sin embargo, solamente revelaremos los datos limitados si entramos en un acuerdo de uso de datos con el destinatario que debe estar de acuerdo con (1) el uso del conjunto de datos sólo para los fines para los cuales se haya facilitado, (2) garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos, y (3) no identifica la información o usarla para ponerse en contacto con cualquier persona.
- **A Medida que lo Requiera la Ley.** Daremos a conocer información de salud protegida sobre usted cuando sea requerido para ello por internacional, federal, estatal o local.
- **Para Evitar una Amenaza seria a la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y revelar información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de los demás. Pero sólo divulgaremos la información a alguien que puede ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Asociados Comerciales.** Podemos revelar información médica protegida a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información de salud protegida se requiere que estas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para hacer nuestra facturación, o para proporcionar la transcripción o servicios de consultoría para nosotros. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, para proteger la privacidad y garantizar la seguridad de su información de salud protegida.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos o tejidos, podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante - como un banco de donación de órganos - cuando sea necesario para facilitar la donación de órganos y tejidos y trasplante.
- **Militares y veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información de salud protegida como es requerido por las autoridades militares. También podemos revelar información protegida de salud a la autoridad militar extranjera apropiada si usted es miembro de un ejército extranjero.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos usar o divulgar información de salud protegida para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podemos revelar información de salud protegida para actividades de salud pública. Esto incluye revelaciones a: (1) una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA") para propósitos relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulados por la FDA, (2) evitar o controlar enfermedad, lesión o discapacidad, (3) los nacimientos y fallecimientos; (4) informe de abuso infantil o negligencia; (5) informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; (6) notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; y (7) a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos revelar información de salud protegida a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y el acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley para hacer que la divulgación paciente.
- **Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos revelar información médica protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y actividades similares que son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Data Breach Efectos de Notificaciones.** Podemos usar o divulgar su información protegida de salud para proporcionar anuncios que sean legalmente requeridos de acceso no autorizado o la divulgación de su información médica.
- **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información protegida de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada. También podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para defendernos en caso de una demanda.

- **Aplicación de la ley.** Podemos revelar información de salud protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, a efectos policiales.
- **Actividad Militar y Seguridad Nacional.** Si usted está involucrado con la seguridad militar o nacional, actividades de inteligencia o si está bajo la custodia de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios autorizados para que puedan cumplir con sus obligaciones legales bajo la ley.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos revelar información médica protegida a un médico forense o director de funeraria para que puedan llevar a cabo sus funciones.
- **Los Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica protegida a la institución correccional o al oficial de 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 los demás, o (3) la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

### Usos y Divulgaciones que Requieren de nosotros para Darle la Oportunidad de Oponerse y Optar por no

- **Personas Involucradas en su Cuidado o Pago de su Atención.** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional.
- **Atención de Desastres.** Podemos revelar su información de salud protegida a organizaciones de socorro que buscan su información médica protegida para coordinar su atención, o notificar a los amigos y la familia de su ubicación o estado en un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a tal divulgación siempre que prácticamente podemos hacerlo.
- **Las actividades de recaudación de fondos.** Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, con el fin de ponerse en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no desea recibir estos materiales, por favor envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

### Su Autorización por Escrito se Requiere Para Otros Usos y Divulgaciones

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán sólo con su autorización escrita:

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de comercialización, y
2. Revelaciones que constituyen una venta de su información de salud protegida.

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Si lo hace nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y que ya no divulgar información de salud protegida en virtud de la autorización. Pero la revelación que hemos hecho en relación con su autorización antes revocada no será afectada por la revocación.

### Sus Derechos con Respecto a su Información de Salud Protegida

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, en cuanto a su información médica protegida:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica protegida que se puede usar para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado. Tenemos hasta 30 días para que su información de salud protegida a su disposición y le podemos cobrar una cuota razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Es posible que no te cobren una tarifa si usted necesita la información para una reclamación de beneficios bajo la Ley de Seguridad Social o de cualquier otro estado o programa de beneficio basado en las necesidades federal. Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si lo hacemos negar su solicitud, usted tiene derecho a que se revise la denegación por un profesional médico con licencia que no participó directamente en la denegación de su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a un resumen o explicación.** También podemos ofrecerle un resumen de su información médica protegida, en lugar de la totalidad del expediente, o también le proporcionará una explicación de la información de salud protegida que ha sido proporcionado a usted, siempre y cuando usted esté de acuerdo en esta forma alternativa y pagar las tasas correspondientes.
- **Derecho a una Copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos.** Si su información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o una historia clínica electrónica), usted tiene el derecho de solicitar que se le dará una copia electrónica de su registro para usted o para transmitir a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para facilitar el acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicita, si es fácilmente producible en la forma o formato. Si la información de salud protegida no es fácilmente producible en la forma o formato que usted solicite su registro se facilitará en cualquiera de nuestro formulario electrónico estándar o si no

desea que este formulario o formato, una forma impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la mano de obra asociados con la transmisión de la historia clínica electrónica.

- **Derecho a Recibir un Aviso de la Violación.** Usted tiene el derecho a estar informado de su incumplimiento de cualquiera de su información de salud protegida sin garantía.
- **Derecho a Solicitar Enmiendas.** Si usted siente que la información médica protegida que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para nosotros. La solicitud de modificación deberá hacerse por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección indicada al inicio de este aviso y nos debe decir la razón de su solicitud. En algunos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.
- **Derecho a una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de revelaciones", que es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica protegida. Este derecho se aplica a revelaciones para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica que se describen en este aviso. Excluye divulgaciones que le hayamos hecho a usted, para un directorio en donde, a sus familiares o amigos involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Además, las limitaciones son diferentes para los historiales médicos electrónicos. La primera lista de divulgaciones que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para solicitudes adicionales dentro del mismo período, podemos cobrarle por los costos razonables de proporcionar la contabilidad. Le diremos cuáles son los costos, y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en los costos.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica protegida que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o 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 ya quien usted quiere que la restricción aplique. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que usted nos está pidiendo que restringir el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de salud y la información que desea restringir se refiere exclusivamente a una atención de la salud artículo o servicio que usted ha pagado nosotros "fuera de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, no podemos usar o revelar su información de salud protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proveer tratamiento de emergencia.
- **Fuera del Bolsillo-Pagos.** Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, que ha solicitado que no se factura a su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud protegida con respecto a ese tema o servicio no será revelada a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica, y vamos a honrar esa petición.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sólo en ciertas formas de preservar su privacidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo electrónico a una dirección específica o le llamaremos sólo en su número de trabajo. Usted debe hacer dicha solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde estamos en contacto con usted. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud.
- **Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso, incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### Cómo Ejercer sus Derechos

Para ejercer los derechos descritos en este aviso, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección indicada al comienzo de esta Notificación. Podemos pedir que llene un formulario que le será facilitada. Para ejercer su derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida, también puede ponerse en contacto con su médico directamente. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad por teléfono o correo.

### Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el Aviso modificado a la información médica protegida que ya tenemos, así como para cualquier información de salud protegida que creamos o recibimos en el futuro. Una copia de la Notificación actual se puede encontrar en nuestra oficina y en nuestra página web.

### Quejas

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si usted cree que sus derechos han sido violados.

Para presentar una queja con nosotros, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad a la dirección indicada al comienzo de esta Notificación. Todas las quejas deberán presentarse por escrito y deberán presentarse dentro de los 180 días de cuando usted sabía o debería haber sabido de la supuesta violación. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

Para presentar una queja ante la Secretaría, por correo a: Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201. Llame al (202) 619-0257 (o al número gratuito (877) 696-6775) o visite el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles, [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/), para más información. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

#### REVISIONES DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso, por lo que cualquier revisión aplicable a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si se revisan los términos de este Aviso, publicaremos un aviso revisado en el South Florida ENT Associates, PA y hará copias del Aviso de Prácticas de Privacidad disponibles bajo petición





**SOUTH FLORIDA  
ENT ASSOCIATES**

**NOTIFICACION DE RECIBO DEL FOLLETO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y  
CONSENTIMIENTO DEL USO DEL HISTORIAL MEDICO**

He recibido una copia del folleto de Prácticas de Privacidad de South Florida ENT Associates, P.A.; el cual explica como la información de mi historial médico será usada. Con la condición que South Florida ENT Associates, P.A. cumpla con los requisitos de la ley Federal de privacidad (HIPAA), yo autorizo el uso de la información de mi historial médico para los propósitos y actividades estipuladas en la ley.

Entiendo que debo leer el folleto de Prácticas de Privacidad cuidadosamente. He sido notificado(a) también, que la información en el folleto puede cambiar y que puedo obtener una nueva copia llamando a las oficinas Corporativa de South Florida ENT Associates, P.A. al numero telefónico 305-558-3724.

Reconozco que he recibido una copia del folleto de Practicas de Privacidad de South Florida ENT Associates, P.A.

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representate Legal (en su caso)

\_\_\_\_\_  
Firma de Representate Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMANETE**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del empleado(a)**

**Razones por no haber obtenido la firma y fecha**

- El paciente o representate legal se negó a firmar
- Problemas de comunicación
- Surgió una emergencia en el momento de la cita
- Otra razón: \_\_\_\_\_





## ACUERDO DE POLÍTICAS FINANCIERAS Y ADMINISTRATIVAS Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Gracias por seleccionar el sur de Florida ENT como su proveedor de atención.  
Es muy importante que usted entienda sus responsabilidades como un paciente al recibir atención en nuestras oficinas.

### Responsabilidad Financiera del Paciente

Si usted tiene un seguro de salud que va a presentar para el pago, se espera que el paciente presente una tarjeta de seguro actual y una identificación con foto válida en cada visita. Todos los co-pagos y los saldos pendientes anteriores deben ser pagados al momento de la llegada, a menos que se hayan hecho acuerdos anteriores con un coordinador de facturación. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheque o tarjetas de crédito/ débito. No se aceptarán cheques con fecha posterior.

### Reclamos de seguro

Usted tiene un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad entender beneficios de su plan de seguro. Le cobraremos a su compañía de seguros primaria si somos los proveedores contratados. Con el fin de facturar correctamente a su compañía de seguros es necesario que se revele toda la información de seguro incluyendo seguro primario y secundario, así como, cualquier cambio en la información del seguro ANTES de recibir servicios.

La falta de información completa y exacta de seguro puede resultar en la factura completa sea su responsabilidad. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que hace la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Una vez que se procesa la reclamación, si hay ninguna responsabilidad adicional, se le facturará en consecuencia.

Los servicios negados de forma inesperada por su plan de seguro debido a terminaciones retroactivas, Coordinación de beneficios (otro seguro de salud que puede ser primario) negaciones, desplazamiento debido a la terminación retroactiva, falta de respuesta a sus planes de seguro con la información o no proporcionar a nuestra oficina cualquier cambio nuevo en el seguro de salud son todas las razones por las que los pacientes pueden ser responsables del pago de los servicios recibidos en nuestra oficina. Todas estas circunstancias están fuera de nuestro control. Es responsabilidad del paciente resolver cualquier problema que surja con su elegibilidad y beneficios.

Si nosotros NO estamos contratados con su plan de seguro/red, y estamos solicitando en su nombre, usted acepta pagar cualquier porción de los gastos no cubiertos por el seguro, incluyendo, pero no limitado a, los cargos por encima de la asignación normal y habitual. Si estamos fuera de la red de su compañía de seguros y su seguro le paga directamente, usted es responsable del pago de los cargos en su totalidad y se compromete a emitir el pago a nosotros inmediatamente. **Le recomendamos que también se ponga en contacto con su compañía de seguros y revise la disponibilidad de sus beneficios antes recibir atención de SFENTA. No asuma que usted no tendrá que pagar nada, incluso si usted tiene más de una póliza de seguro.**

### Referidos y autorizaciones previas

Algunos planes de seguro de salud requieren que usted obtenga un referido o autorización previa de su proveedor de atención primaria antes de visitar a un especialista. Si su plan de seguro requiere esto, usted es responsable de su obtención. No obtener un referido y/o autorización previa puede resultar en un menor o ningún pago por parte del plan de seguro, y el saldo será su responsabilidad. Los arreglos de pago alternativos o reprogramación de su cita puede ser necesario si no se obtiene.

### Cuentas de auto-pago

Cuentas auto-pago son de los pacientes sin cobertura de seguro, los pacientes cubiertos por planes de seguro los que la oficina no participa, o pacientes sin una tarjeta de seguro en nuestros archivos. Siempre es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina está participando con su plan. Si usted tiene seguro de salud y hay una discrepancia en cuanto a su cobertura o elegibilidad, el paciente será considerado de auto-pago a menos que se demuestre lo contrario.

### Las citas perdidas

South Florida ENT Associates, PA (SFENTA) requiere 24 horas de aviso para la cancelación de la cita. Citas perdidas y no cancelados con anterioridad puede cobrar una tarifa de hasta \$25.00 para las visitas al consultorio y cargos adicionales para otros servicios regulares. Se proporcionará un documento separado que explica las tasas adicionales para los servicios cancelados.

### Discapacidad, formularios de seguros, y otras formas:

Habrá un cargo por el llenado de los formularios médicos o usted puede ser requerido para programar una cita. El pago se efectuará al recoger estos formularios. Si desea que los formularios sean enviados a usted o al seguro, el pago se debe realizar antes del envío.



### Los cheques devueltos / Disputas sobre Tarjetas de Crédito

El cargo por un cheque devuelto es de \$35 a pagar en efectivo o giro postal. Esto se aplica a su cuenta, además de la cantidad de fondos insuficientes. Usted puede ser colocado en un plan de pago solo en efectivo después de cualquier cheque devuelto. Las disputas sin fundamento sobre pagos con tarjeta de crédito tendrán un cargo administrativo de \$35.

### Las copias de registros médicos

Le proporcionaremos una copia de su historia clínica a la recepción de la autorización firmada del formulario de solicitud de registros médicos. Por favor espere hasta 30 días para esta solicitud sea procesada. Los pacientes que solicitan copias de los registros médicos se pagan hasta \$ 1.00 por página y el pago deben ser recibidas antes de la copia de su historia clínica para la liberación.

### Política de Saldo Vigente

Es política de nuestra oficina que todas las cuentas de pagos vencidos se contactarán a través de estados de cuenta, cartas y/o llamadas telefónicas de acuerdo con nuestra política interna. Si no se obtiene una solución después de los intentos de nuestro departamento de cobros internos, la cuenta será enviada a nuestra agencia de cobros. Independientemente de los acuerdos que un paciente podría tener fuera de nuestra oficina, si usted es mayor de 18 años de edad y recibe tratamiento, en última instancia, usted es responsable por el pago del servicio. Nuestra oficina no va a facturar a cualquier otra persona.

### Cargos por cobro

Yo entiendo que en el caso de que mi cuenta se coloque en estado de cobro y, como resultado, se entregue a un cobrador de deudas, una cuota, por una cantidad equivalente al 30% del saldo de mi cuenta, será agregado a mi saldo pendiente. Entiendo que esta cantidad es un cargo y no intereses, que se añadirá al saldo de mi cuenta, para ser recibidos por los cobradores contratados por la práctica. Entiendo que este cargo, junto con el saldo de mi cuenta, será mi responsabilidad personal para pagar en su totalidad.

### Aviso a los pacientes

El proveedor se fijará únicamente a la compañía de seguros contratada para la compensación de los servicios cubiertos prestados a las personas cubiertas con la excepción de los copagos, deducibles y/o servicios no cubiertos requeridos por los acuerdos de asistencia sanitaria en su resumen de beneficios del plan. Hacemos todo lo posible para determinar si el paciente será cubierto por los servicios que se deben proporcionar durante su visita, sin embargo, los beneficios del plan varían de un plan a otro y puede que no seamos conscientes de la existencia de limitaciones incluidas en su plan específico de beneficios.

### Autorización y asignación de beneficios

Autorizo a SFENTA a dar cualquier información a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago directo de beneficios médicos/quirúrgicos a SFENTA y entiendo que soy financieramente responsable ante el Proveedor por todos los gastos, por cualquier saldo o cargo no cubierto en el caso de que no tenga ningún seguro o se rechace mi seguro. Además, entiendo que seré responsable por cualquier y todos los gastos incurridos en el intento de cobrar esta deuda.

### Los padres divorciados de los hijos menores

Reconozco que, si mi hijo menor de edad es tratado por SFENTA y sus padres están divorciados, el padre que se registre como tal del niño menor de edad en la práctica en la fecha en que este Acuerdo es ejecutado (el "padre responsable"), acepta la responsabilidad de pago por los servicios prestados en dicho día, así como por todos los futuros servicios prestados por la práctica a dicho menor. No prometemos ni estamos obligados a enviar facturas, registros de pacientes o comunicaciones relacionadas al otro padre/tutor legal relacionadas con las cuestiones de pago o de comunicaciones. Comunicaremos acerca del tratamiento y de pago con el padre responsable en cuanto a cualquier y todos los asuntos desde y después de la fecha de este Acuerdo. Reconozco que los padres son responsables de comunicarse entre sí acerca del tratamiento y problemas de pago que experimente su hijo menor.

### Comunicación

Doy mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos de SFENTA y sus socios empresariales con respecto a mi información de la cuenta, que pueden contener información personal de salud (PHI), al número (s) de teléfono que aparece a continuación, incluyendo a mi número de teléfono móvil proporcionado. Entiendo que me pueden cobrar este tipo de llamadas por mi proveedor de servicios inalámbricos y que dichas llamadas pueden ser generados por un sistema de marcación automática.

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

### Definiciones



Para efectos del presente Acuerdo, los términos "nosotros", "nuestro", la "práctica" y "SFENTA" significará South Florida ENT Associates y los términos "I", "mi", "usted" y "su" se refieren al paciente o responsable de estos paciente que realiza la ejecución de este Acuerdo a continuación.

*He leído y entendido las políticas financieras y administrativas de la práctica y estoy de acuerdo en obligarme por sus términos. También entiendo y acepto que tales términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.*

---

Nombre del Paciente

---

FDN del Paciente

---

Nombre del Responsable

---

Relación

---

Firma del Responsable

---

Fecha