



Tampa
 6702 West Linebaugh Ave.
 Tampa, Florida 33625
 Tel: (813) 450-1792 Fax :(813) 630-3094

Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Fecha		<u>Manuscrito,</u>			
<u>por favor</u>					
INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre Legal Completo (Primero) (Segundo) (Apellido)				Nombre Normamente Utilizado (Apodo)	
Dirreccion		Nu. Apt.	Ciudad	Estado	Codigo de Area
Correo Electronico		Tel. del Hogar	Tel. del Trabajo	Tel. Celular	
Nu. Seguro Social		Sexo	Estado Marital	Fecha de Nacimiento	Nu. Licencia de Conducir
					Estado Emitido
Nombre de Empleador		Ciudad de Empleador	Estado de Empleador	¿Como escuchaste de nosotros?	
Indique a cualquier persona con la que autorice a esta oficina a compartir su información médica (nombre y relación con usted)					
Nombre _____ Relacion _____					
Nombre _____ Relacion _____					
Método (s) de contacto permitido Marque TODOS los que correspondan				¿Está bien dejar un mensaje en el contestador automático o en el buzón de voz?	
<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Tel. Trabajo <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Correo				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

INFORMACION DE ESPOSO (A)			
Nombre Legal Completo (Primero) (Segundo) (Apellido)			Telefono del Hogar
Ocupacion	Nombre de Empleador	Tel. Trabajo	Tel. Celular
INFORMACION DEL SEGURO			
Nombre de la Compañía de Seguros Principal		Nu. de Grupo	ID/No. de Certificado.
Nombre del Titular de la Póliza/Nombre de los Padres (si el paciente es un niño) Nombre _____ F.D.N _____		Nu. de Seguro Social del Titular de la Póliza	
Nombre de la Compañía de Seguro Secundaria		Nu. Grupo.	No. Seguro
Informacion de Emergencia			
Persona a quien notificar en caso de emergencia			
1. _____ Relacion al paciente: _____ Tel. Celular: _____			
2. _____ Relacion al paciente: _____ Tel. Celular: _____			
3. _____ Relacion al paciente: _____ Tel. Celular: _____			

Formulario de Historial Médico del Paciente

Nombre: _____

F.D.N. _____

MEDICO (S) que estabas viendo anteriormente _____

Otros ESPECIALISTAS que ve actualmente:

PROBLEMAS MEDICOS (incluidas las condiciones actuales):

Enumere todos los MEDICAMENTOS CON RECETA ACTUALES (incluya la dosis, la razon por la que los toma, quien los receto):

Enumere todos los MEDICAMENTOS, vitaminas y suplementos alimenticios NO RECETADOS que toma:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (incluida la reaccion):

LISTE LAS CIRUGIAS QUE HA TENIDO (incluya año, cirujano y hospital):

DESCRIBA LAS HOSPITALIZACIONES/ENFERMEDADES no incluidas arriba (incluya año, hospital):

¿Ha tenido (marque los que tiene o ha tenido):

<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Lesion Craneal	<input type="checkbox"/> Problemas de Memoria	<input type="checkbox"/> Problemas Mentales	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Sincope
<input type="checkbox"/> Problemas de Vision	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problemas Nasales	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas de Audicion	<input type="checkbox"/> Problemas de Oido Interno
<input type="checkbox"/> Problemas en la Garganta	<input type="checkbox"/> Problemas de Encia	<input type="checkbox"/> Problemas Dentales	<input type="checkbox"/> Problems Endocrino	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/> Hipertension
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Ulceras Gastricas	<input type="checkbox"/> Ulceras Esofagicas	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Inflamacion Abdominal	<input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular Pereférica	<input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> Problema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Neuropatia	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Entumecimiento en extremidades	<input type="checkbox"/> Hormigueo en Extremidades	<input type="checkbox"/> Condiciones Muscoloesqueletico	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Historia de Fracturas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tranvia
<input type="checkbox"/> Problemas en la Piel	<input type="checkbox"/> Piedras en el Riñon	<input type="checkbox"/> Piedras en la Vesicula Biliar	<input type="checkbox"/> Hx de STD's	<input type="checkbox"/> Paralisis de Bell	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Adiccion-Drogas Callejeras	<input type="checkbox"/> Abuso de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	<input type="checkbox"/> Abuso Fisico	<input type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones
Otros:	Otros:	Otros:	Otros:	Otros:	Otros:

Formulario de Historial Médico del Paciente

Etnia (circulo): Hispano or No Hispano Raza: _____ Idioma (s) Preferido (s): _____

¿Tiene un testamento? Si No Si no es asi, ¿le interesa tener uno? Si No

¿Fumaste o fumas? Si No ¿Cuanto? _____ paquetes/dia # de años _____ Año en que DEJO _____

¿Cuando fue la ultima vez que intento dejar de fumar? _____ ¿Cuantas veces ha intentado dejar de fumar? _____

¿Como ha logrado dejar de fumar en el pasado? _____

¿Bebias o bebes ALCOHOL? _____ ¿Cuanto? _____ Cantidad/Semanal # de años _____

Año que lo DEJO _____ ¿Previo o problema corriente con el alcohol? _____ AA? _____

Usa o ha usado (circule): heroína marihuana cocaína metanfetamina tabacco para masticar pastillas para adelgazar

¿Tiene antecedents de abuso o adiccion a medicamentos recetados? _____ De afirmar, si, ¿cual (es)? _____

MUJER

Fecha del ultimo periodo normal _____ # de embarazos _____

Edad del primer periodo _____

de partos (vivos) _____ # de niños viviendo contigo _____ # abortos/abortos espontaneos _____

Problemas con embarazos (circule): parto prematuro toxemia diabetes alta presion other: _____

Metodo Anticonceptivo _____

Fecha del Ultimo Papanicolaou _____ Resultado? _____ Donde se hizo? _____

Fecha de Ultimo Mamografia _____ Resultdo? _____ Donde se hizo? _____

Tienes o has tenido alguno de los siguientes: (Marque)

<input type="checkbox"/> Periodos Irregulares	<input type="checkbox"/> Dolores Severos Menstruales	<input type="checkbox"/> Periodos Menstruales Abundante	<input type="checkbox"/> Mamografia Anormal	<input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/> Dolor en el Seno (s) – Todo el tiempo
<input type="checkbox"/> Dolor Pelvico	<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> Disminucion del Deseo Sexual	<input type="checkbox"/> Coito Doloroso	<input type="checkbox"/> Resequedad Vaginal	<input type="checkbox"/> Secrecion mamaria
<input type="checkbox"/> Flujo Vaginal	<input type="checkbox"/> Olor Vaginal	<input type="checkbox"/> Picor Vaginal	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> Masa en el seno (s)

Formulario de Historial Médico del Paciente

TODO

¿Quién ha tenido/ha tenido en su familia (marque con un círculo la causa de la muerte y escriba la edad de la muerte)?

Enfermedad Cardíaca _____ Desorden Genético _____ Diabetes _____
Cáncer (¿Que tipo?) _____ Enfermedad de la Tiroides _____ Alcoholismo _____
Enfermedad Mental _____ Artritis _____ Glaucoma _____ Asma Alergias _____
Problemas Estomacales _____ Tuberculosis _____ Alta Presión _____
Enfermedad Pulmonar _____

Enumere cualquier otra enfermedad que se presente en su familia y especifique su relación con cada miembro de la familia en la lista.

¿Cuándo fue la última?

Vacuna del Tetanos _____ Vacuna de la Gripe _____ Vacuna de Neumonía _____ Vacuna de Hepatitis _____

Prueba TB _____ Colonoscopia _____ Radiografía de Tórax _____ EKG _____

¿Quién vive contigo? _____

¿Tienes hijos? _____ De ser afirmativo, indique sus nombres, edades y cualquier problema médico importante

¿Dónde trabajaste o trabajas? (Nombre de Empresa y Estado) _____

¿Cuál es o era tu ocupación? _____

¿Cuál es el último grado escolar que terminó? _____

¿Algo más que le gustaría que supiéramos?

Autorización para Divulgar Información Médica

1. **INFORMACION QUE SE DIVULGARA:** (Marque todos los que correspondan)

- Toda la Información Reporte de Laboratorios Todas las Notas de Progreso Reportes de Radiografías
 Electrocardiograma (ECG) Registro de Alergias Registro de Inmunizaciones
 Todo el Historial de Medicamentos
 Otro: _____

AUTORIZACION ESPECIAL: Marque las casillas correspondientes y firme inmediatamente a continuación

Al firmar a continuación, autorizo a la oficina a divulgar toda la información sobre:

- Alcohol Drogas Salud Mental Enfermedades Transmitidas Sexualmente HIV AIDS

Nota: Si esta divulgación se refiere a información sobre el alcohol, las drogas o la salud mental, tenga en cuenta que esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de la información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

2. **REGISTROS DEL PERIODO DE TIEMPO:** / / **HASTA** / /

3. **PROPOSITO DE LA DIVULGACION:** (Marque el proposito aplicable)

- Cuidado Medico Continuo Pago de Reclamacion de Seguro Legal
 Personal Reclamo de Indemnizacion Laboral Otro: _____

4. Entiendo que esta autorización será válida por cinco años. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.
5. Entiendo que se puede cobrar una tarifa razonable por la duplicación de registros. Se proporcionará una estimación de esos cargos a pedido antes de la duplicación.
6. Se le puede proporcionar al solicitante una copia de esta autorización.

Nombre del Paciente/Guardian: _____ F.D.N.: _____

Tel. Hogar: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Nombre del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Responsabilidad Financiera del Paciente

* Como cortesía para nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguros de atención administrada. Nos complace poder brindarle este servicio, y haremos todo lo posible para verificar la cobertura y facturar a su compañía de seguros correctamente.

Sin embargo, no nos es posible realizar un seguimiento de todos los requisitos individuales de cada plan.

Es responsabilidad de cada paciente conocer los detalles de su plan de seguro además de cualquier falla en la cobertura del seguro. Cualquier cargo que ocurra como resultado de restricciones del plan de seguro o fallas en la cobertura es, en última instancia, responsabilidad del paciente. Lamentablemente, si no nos informa de los requisitos especiales que exige su plan y solicitamos servicios médicamente necesarios, como análisis de laboratorio, hospitalización o suministros que no están cubiertos por su plan; podemos facturarle directamente esos cargos. Si no se puede verificar la cobertura de seguro actual antes de cada cita, el pago se realizará en el momento del servicio.

El consultorio solo factura los servicios prestados por nuestros proveedores. Los laboratorios son entidades independientes y le facturarán a usted o a su compañía de seguros por los servicios prestados. Si tiene alguna pregunta sobre la factura de su laboratorio, comuníquese con ellos o con su compañía de seguros directamente.

Brindar atención médica de la más alta calidad a nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a brindar esa atención dentro de las pautas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación, debería poder recibir todos los beneficios del seguro a los que tiene derecho, y podremos concentrar nuestros esfuerzos en esforzarnos por brindarle una excelente atención médica. Horizon Multi-Specialty Clinic ofrece un descuento del 50% para pacientes sin seguro y este es el pago que se requiere en el momento en que se presta el servicio.

Si una cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 90 días, se agregará una tarifa de procesamiento de cobranza del **25% al saldo pendiente** y se entregará a una compañía de cobranza para su procesamiento posterior. No se harán citas adicionales para cuentas morosas hasta que se actualicen.

A los cheques devueltos por cualquier motivo se les aplicará un **cargo por servicio de \$ 35.00** además del monto del cheque. Los cheques sin fondos deben canjearse con fondos certificados y ya no se permitirán cheques como pago.

Intentamos contactar a cada paciente para recordarles su cita; sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a su cita a tiempo. Horizon Multi-Specialty Clinic también se reserva el derecho de cobrar una tarifa por no presentarse a los pacientes que faltan a las citas sin llamar para cancelar dentro de las 24 horas posteriores a la cita. **La tarifa actual por no presentarse es de \$ 45.00 para citas médicas y \$ 100 para citas de diagnóstico y está sujeta a cambios sin previo aviso.**

Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y tratamiento con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros; y por lo tanto autorizar el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que no sea pagado directamente por mí.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS SIGUIENTES POLÍTICAS. ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DESCRITOS EN ELLOS:

- **Derechos del paciente con respecto a los registros médicos**
- **Responsabilidad financiera del paciente que incluye cobros, política de no presentación**
- **Confidencialidad y privacidad de los registros médicos**

Firma del Paciente

Fecha

Acuerdo de cita programada

Su atención médica es importante. NO SOMOS CONSCIENTES de cómo su compañía de seguros determina qué servicios / laboratorios se pagan y qué servicios / laboratorios no se pagan, o cuáles están sujetos a coseguro o deducible. Algunos pagan solo por códigos de enfermedades y otros solo por códigos de prevención, y algunos no pagan por una gran cantidad de otros factores. Nuestra responsabilidad para con el paciente es brindar atención y solicitar laboratorios basados en sus necesidades médicas individuales y las pautas de prevención actuales y el estándar de atención médica. No existen pautas médicas para respaldar los “laboratorios de rutina” ordenados sin una evaluación médica, ya sea que se trate de un beneficio cubierto o no. Tómese el tiempo para familiarizarse con los beneficios de su seguro. No dude en llamar a la compañía de seguros y preguntar sobre la cobertura. Hay muchos planes y sus beneficios cambian a menudo, no tenemos forma de saber qué es lo actual para usted.

Puede programar una cita como EXAMEN DE BIENESTAR, CUIDADO PREVENTIVO o EXAMEN DE RUTINA. Se facturará como tal a su plan de seguro. Debido a las leyes de codificación, DEBEMOS facturar su examen como atención preventiva. Si durante su visita tiene INQUIETUDES o PROBLEMAS ADICIONALES que requieran un diagnóstico y / u otro tratamiento, se considerará un Examen orientado a problemas y puede incurrir en cargos adicionales de consultorio o laboratorio. Estos cargos y los de su Examen de atención preventiva se facturarán a su compañía de seguros. Es posible que desee mantener su Well Exam separado de su Examen orientado a problemas y nos complacerá programarlo de esa manera para usted.

Si su compañía de seguros no cubre algunos o todos estos cargos, se le facturará directamente el saldo que indique que es “responsabilidad del paciente”. NO PIDA QUE LE VUELVA A FACTURAR su seguro cambiando los códigos de procedimiento o diagnóstico. No podemos hacer ningún cambio una vez que se haya facturado el seguro.

Los servicios de laboratorio son proporcionados por (LabCorp), Quest Laboratories, Property y/o Medical Diagnostic Laboratories y no tienen ninguna afiliación financiera o de otro tipo con **Horizon Multi-Specialty Clinic**. Esto significa que el trabajo de laboratorio realizado es facturado íntegramente por esas empresas individuales. Los servicios y la facturación siguen siendo los mismos independientemente de si los servicios de laboratorio se realizaron en Horizon Multi-Specialty Clinic o en un laboratorio externo. El servicio de laboratorio, por tanto, se ofrece como una conveniencia para nuestros pacientes. Si surge una pregunta de facturación sobre el servicio de laboratorio, es responsabilidad del paciente dirigir esas preguntas al departamento de facturación del laboratorio y tenga en cuenta que no cambiaremos los códigos después de que se obtenga el servicio.

Reconozco que he leído y comprendido la información anterior. Entiendo que seré responsable financieramente de los servicios que mi compañía de seguros indique que son "responsabilidad del paciente".

Nombre Impreso

Firma

Fecha

Derechos del Paciente con Respecto a los Registros Médicos

*** Todas las solicitudes para inspeccionar, copiar, enmendar, restringir o compartir información médica deben hacerse por escrito en los formularios correspondientes que se proporcionarán a pedido. Todos los cambios en las formas de comunicación preferidas también deben hacerse por escrito.**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación.

Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros y servicios asociados con su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Esta revisión será realizada por otro profesional de la salud autorizado elegido por nuestra práctica. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Esta práctica cumplirá con el resultado de la revisión.

Derecho a enmendar: Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que corriamos la información. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye el motivo de la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- **No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.**
- **No es parte de la información de salud mantenida por o para nuestra práctica.**
- **No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.**
- **Es precisa y completa.**

Cualquier enmienda que hagamos a su información médica se divulgará a aquellos con quienes divulguemos información como se especificó anteriormente.

Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica que hemos realizado, excepto para usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, como se describió anteriormente.

Derecho a solicitar restricciones: tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es factible para nosotros asegurar nuestro cumplimiento o creemos que afectará negativamente la atención que le brindamos.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado.

Derecho a una copia impresa de este aviso: Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia, solicítela a cualquier miembro del personal.

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y aplicarlo a cualquier información médica pasada, presente o futura que tengamos sobre usted. Publicaremos una copia del aviso más reciente en nuestras instalaciones con la fecha de vigencia en la primera página. Puede solicitar una copia de nuestro aviso más reciente en cualquier momento.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

Otros usos de la información médica

Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solo con su permiso por escrito. Tiene derecho a revocar este permiso para cualquier información médica que aún no haya sido.

Registros médicos confidenciales y privados Derecho del paciente

Este aviso describe las prácticas de privacidad de nuestra oficina. **POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.**

Nuestro compromiso con respecto a la información médica

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) fue redactada, en parte, para controlar la privacidad, el acceso y el mantenimiento de la información confidencial. Entendemos que la información sobre usted, su salud y su atención médica es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica personal (PHI).

Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe de nosotros. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de atención médica, ya sean hechos por su médico personal u otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su PHI. También describimos sus derechos sobre la PHI que mantenemos sobre usted y describimos ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su PHI.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI.
- Siga los términos del aviso que está actualmente en vigor.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica.

Para tratamiento: podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos divulgar información médica sobre usted a otras personas involucradas en su tratamiento de atención médica, incluidos otros médicos, hospitales, laboratorios, farmacias u otros proveedores de atención médica a los que podamos haberlo referido.

Para el pago: podemos usar y divulgar información sobre el tratamiento y los servicios que le brindamos con fines de facturación. Estas tarifas se pueden cobrar de usted, una compañía de seguros o un tercero e incluyen solicitudes de pago / reembolso y autorización previa para el tratamiento.

Recordatorios de citas: Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita o que faltó a una cita y debe comunicarse con nosotros para reprogramarla. Háganos saber si no desea que nos comuniquemos con usted para este propósito o si desea que usemos un método diferente para comunicarnos con usted.

Según lo requiera la ley: Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales, militares o locales.

Donación de órganos y tejidos: si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad de usted o de otra persona.

Compensación para trabajadores: Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación para trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública: podemos divulgar información médica sobre usted para fines de informes de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen, pero no se limitan a, las siguientes:

- Nacimiento, muerte, abuso, negligencia, prevención y / o notificación de enfermedades transmisibles, reacciones adversas a medicamentos y retiradas de productos.

Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias: Podemos divulgar información médica a un médico forense, examinador de salud o directores de funerarias según sea necesario para que lleven a cabo sus funciones.

Firma del Paciente/Guardian _____ Fecha _____