



FOR OFFICE USE ONLY

Patient # _____

Confidential Client Registration Information
Informacion Confidencial del Cliente

Please print clearly and fill out all information that applies. *Por favor escriba claramente y llene toda la información apropiada.*

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>
-------------------------------------	------------------------------------	--

A mailing address and telephone number are required in the event we need to contact you for billing or lab results.
Requerimos un telefono y direccion donde le podamos escribir o llamar para sus resultados o informacion de sus pagos.

Mailing Address
Dirección

City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código Postal</i>
------------------------------	-------------------------------	---

Where do you prefer to be called?
Dónde usted prefiere ser llamado?

County _____

First Phone Number <i>Primer Número De Teléfono</i>	Second Phone Number <i>Segundo Número De Teléfono</i>
---	---

Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Social Security # <i>Número de Seguro Social</i>
--	--

Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <i>Sexo Femenino Masculino</i>	Current Method of Birth Control
--	--

Marital Status (1) Single (2) Married (6) Legally Separated (5) Divorced (4) Widowed (7) Long Term Partner
Es Usted Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo Acompañado

Emergency Contact Name <i>En caso de emergencia, llamar a</i>	Work phone <i>Telefono del trabajo</i>	Home phone <i>Telefono de la casa</i>
---	--	---

Spanish/Hispanic/Latino Origin? (1) No (2) Yes, Mexican, Mexican Am., Chicano (3) Yes, Puerto Rican
Hispano/Origen Latino No Sí, Mejicano, Mejicano Amer., Chicano Sí, Puerto Riqueño

(4) Yes, Cuban (5) Yes, Other Spanish/Hispanic/Latino
Sí, Cubano Sí, Otro origen Hispano o Latino

Please also check one of the choices below / Por favor tambien marque una de las opciones de abajo :

Race (01) White (02) Black/African American (03) American Indian or Alaskan Native (04) Asian
Raza Blanco Moreno Indígena de las Americas o Alaska Asiático

(05) Native Hawaiian/Pacific Islander (06) Multiracial (90) Other Spanish/Hispanic/Latino (98) Other

Weekly Household Income <i>Ingreso mensual familiar</i>	Number of persons supported by this income <i>Número de personas que dependen de este ingreso incluyendose Ud.</i>
---	--

Do you have: Private Insurance Medicaid No insurance
Tiene Usted: Seguro Privado Medicaid No asegurado

Referral Source (1) Friend/Relative (2) Another Planned Parenthood (3) Doctor/Clinic (4) Yellow Pages
Cómo se enteró Amigo/Familiar Otro Planned Parenthood Doctor/Clinica Paginas amarillas de nuestra clinica?

(5) Internet (6) TV (7) Radio (8) Newspaper (9) PPGO Community Education
Internet periódico PPGO Propaganda de Educacion

I accept full financial responsibility for medical services provided to me. I understand that payment is due at the time of service unless valid insurance is presented prior to receiving medical services.
Acepto responsabilidad financiera repleta para servicios médicos proporcionados a mí. Entiendo que ese pago es debido en el tiempo del servicio a menos que el seguro válido se presente antes de servicios médicos recipientes.

Signature _____ Today's Date _____
Firma Fecha de Hoy

FOR OFFICE USE ONLY

Identification Verified Method _____ Request for Amendment Accepted
 Request for Amendment Denied

Reason for Denial (Must be one of the reasons listed in Policy and Procedure 19 in PPGO's HIPAA manual)

Staff Signature _____ Date _____

Nombre

Apellido _____

Primer Nombre _____

Fecha de hoy _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Historia Medica Personal

Historia Medica Familiar

¿Ahora tiene o ha tenido alguna de las condiciones siguientes?

- Apoplejía (derrame cerebral) Sí No
- Ataque cardiaco (del corazón) Sí No
- Alta presión Sí No
- Dolores de cabeza/
Migrañas Sí No
- Problemas con los ojos Sí No
- Vértigo /Desmayo Sí No
- Anemia Sí No
- Trastorno de la coagulación de sangre Sí No
- Transfusión de sangre o Exposición de productos de sangre Sí No
- Venas varicosas /Venas Inflamadas/ Coagulo de sangre en la pierna Sí No
- Alto nivel de grasa en las venas (Colesterol)/ Triglicéridos Sí No
- Problemas del corazón (Murmullos, fiebre reumático, etc.) Sí No
- Infección del Riñón Sí No
- Enfermedad de las vías Urinarias Riñón Vejiga Sí No
- Enfermedades Transmitidas Sexualmente (herpes, gonorrea, sífilis clamidia, hepatitis B) Sí No
- Cáncer Sí No
Tipo: _____
- Problemas del hígado (Mononucleosis /Hepatitis) Sí No
- Problemas Gastrointestinales (Ulceras, etc.) Sí No
- Problemas pulmonares (falta de respiración, asma, tuberculosis) Sí No
- Prueba positiva de Tuberculosis Sí No
- Problemas de la vesícula Biliar(piedras o remover) Sí No
- Dificultades sensoriales (i.e. entumecimiento) Sí No
- Diabetes /Glucosa en la orina Sí No
- Epilepsia /Convulsiones Sí No
- Anormalidades genéticas Sí No
Tipo: _____
- Problemas de las tiroides Sí No
- Abuso de drogas Sí No
Tipo: _____
- Ansiedad /depresión /pensamientos suicidas Sí No

- Enfermedad de la 'célula De hoz' (sickle cell) Sí No
- Dolor de la pierna, del pecho, o del brazo o abdominal Sí No
- ¿Usted necesita poner al día sus Inmunizaciones? Sí No
- Tetanus Sí No
- TB Sí No
- Rubéola Sí No
- Gripa Sí No
- Hepatitis Sí No
- Me adoptaron Sí No
- Fumar Sí No
Paquete por día _____ por semana _____
- ¿Cuando su mama estaba embarazada con usted, tomó una droga que se llama DES (para prevenir el mal parto? Sí No
- ¿Esta usted recibiendo tratamiento en otra clínica u otro doctor? Sí No
¿Quien? _____
Dia de su última cita: _____
Razón por tratamiento: _____
- Cirugías Mayores: _____
- Hospitalizaciones: _____
- Alergias de Drogas /piel: _____
- Medicinas recetadas: _____
- Año de su último examen fisico _____
- ¿Estaba todo normal? Sí No
- ¿Algunas preocupaciones que le gustaría discutir? Sí No

Sus Padres o Hermanos Solamente

- Derrame cerebral Sí No
- Ataque cardiaco Sí No
- Que edad: _____
- Alta presión Sí No
- Cáncer Sí No
- Tipo: _____
- Diabetes Sí No
- Enfermedad de la 'célula de hoz' (sickle cell) Sí No
- Alto nivel de grasa en las venas (Colesterol)/ Triglicéridos Sí No
- Anormalidades genéticas Sí No

Historia Reproducira

- ¿Usted se examina regularmente los testículos? Sí No
- ¿Ha tenido cortadas, bolas, o crecimiento en su pené, testiculos, o escroto? Sí No
- ¿Tiene algún tipo de flujo en su pené? Sí No
- ¿Ha tenido Ud. alguna vez una infección, herida, o cirugía en su pené, testículos, o escroto? Sí No
- ¿Tiene comezón genital? Sí No
- ¿Tiene dolor, sangrado, u otro problema durante relaciones sexuales o después de eyaculación? Sí No

MEDICAL HISTORY CHANGES / NOTES

MEDICAL HISTORY CHANGES / NOTES

Historia de Contracepción

Edad cuando tuvo su primer relación sexual _____

Numero estimado de compañeras /os: _____

El numero de pajeas actuales _____

De vida _____ últimos 12 meses _____

Sus parejas han sido:

hombre mujer ambos sexos

El tipo de relación sexual que esta teniendo:

vaginal anal oral ningún

¿Alguien lo ha forzado a tener relaciones sexuales? Sí No

Problemas con relaciones sexuales: _____

Favor de marcar cuales métodos de contracepción Ud. ha usado:

Abstinencia Sí No

Condomes Sí No

Espermaticidas Sí No

Método Natural de la Planificación

Familiar Sí No

Método de retiro Sí No

Esponja Sí No

Dispositivo Intrauterino Sí No

Tipo _____

La Pastilla- Sí No

Tipo _____

El Parche (Ortho Evra) Sí No

Anillo Vaginal

(Nuva Ring) Sí No

Depo Provera Injection Sí No

Esterilización Sí No

Diafragma Sí No

Otro Sí No

Tipo: _____

Ningún Sí No

¿Cual método de contracepción usa usted ahora?: _____

¿Por cuanto tiempo? _____

¿cual método le gustaría considerar? _____

Historia Social

Numero de hijos: _____

Edades: _____

Historia Social:

Riesgo profesional o exposición toxica de medio ambiente? Sí No

¿Ha sido golpeado, manoteado, pataleado, o lastimado por otra persona? Sí No

¿Alguien lo ha forzado a tener relaciones sexuales? Sí No

Historia de su pareja: usa drogas de inyección Sí No

tiene varias parejas Sí No

bisexual Sí No

Para los Pacientes Menores de Edad (Que tiene 17 años o menos)

Se aconsejan a los pacientes que tienen 17 años o menos de incluir a sus padres en el proceso de hacer decisiones sobre relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos.

Certificación del Repaso de Historia:

Por este medio yo certifico que he revisado y he puesto al día mi historia médica, familiar, de contracepción, y que son todas correctas por lo que sé. Entiendo que cualquier supresión o falsificación de dichas historias puede tener efecto adverso en mi salud, y dejo libre a Planned Parenthood of Greater Orlando, Inc. de cualquier responsabilidad que resulte de cualquier y todas las consecuencias adversa a mi salud como resultado de dicha supresión o falsificación.

Firma Del Paciente Fecha

Staff Signature Date

Clinician Signature Date

Firma del Paciente Fecha

Staff Signature Date

Clinician Signature Date

Firma del Pacient Fecha

Staff Signature Date

Clinician Signature Date



Westside Clinic
726 S. Tampa Ave.
Orlando, FL 32805
407-246-1788

Eastside Clinic
3403 Technological Ave, Suite 14
Orlando, FL 32817
321-235-5513

SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD

Fecha _____ Núm. del paciente _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____

Antes de dar su consentimiento, es importante que entienda la información que sigue a continuación. Si tiene alguna pregunta, nos complacerá conversar con usted para aclararle cualquier duda. Usted puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si necesito servicios de interpretación del idioma con el fin de entender la información escrita y verbal que se me da durante mis consultas de cuidado de la salud. Entiendo que es posible que no haya ningún intérprete disponible inmediatamente y que Planned Parenthood tenga que referirme a otras instalaciones del cuidado de la salud para que me proporcionen los servicios necesarios para mi cuidado.

He recibido información sobre la(s) prueba(s), tratamiento(s), procedimiento(s), método(s) anticonceptivo(s) que me serán suministrados, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones y/o problemas posibles y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo lo que no comprendo y que un médico estará disponible para contestar a cualquier pregunta que pudiera tener.

No se me ha ofrecido garantía alguna con respecto a los resultados que podré obtener de los servicios que reciba. Entiendo que es mi decisión recibir o no estos servicios y que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de si recibir o no los servicios médicos de Planned Parenthood.

Entiendo que si el resultado de ciertas pruebas de infecciones por transmisión sexual da positiva, la ley obliga a informar a los organismos de salud pública.

Si es necesario recibiré una referencia para procurar diagnóstico o tratamientos adicionales. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esa atención médica. Me han informado cómo obtener atención en caso de emergencia.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en Planned Parenthood of Greater Orlando's *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud (Notice of Health Information Privacy Practices)*. Autorizo a que se use y se divulgue la información sobre mi salud según se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud*.

Por la presente acepto que una persona autorizada por Planned Parenthood lleve a cabo una evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

Reconozco por la presente que recibí de Planned Parenthood of Greater Orlando's la noticia sobre las prácticas privadas sobre información de salud.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Soy testigo de que el/la paciente recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo _____

Fecha _____

	MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O PARIENTE DEL PACIENTE ESTÁ OBLIGADO POR LEY A FIRMAR A CONTINUACIÓN
--	---

Firma de cualquier otra persona que otorgue autorización _____

Relación con el paciente _____

Fecha _____

Soy testigo de que el tutor legal del/de la paciente (o persona que actúa en su nombre) recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma.

Firma del testigo _____

Fecha _____



ANUNCIO DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTE ANUNCIO DESCRIBE COMO SU HISTORIA MEDICA ,PUEDE SER USADA Y REVELADA EN ALGUNOS CASOS Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACION.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

En este anuncio, PLANNED PARENTHOOD OF GREATER ORLANDO,INC,puede ser mencionado como nosotros.

Nosotros entendemos que su historia médica es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de dicha información.Podemos obtener datos a cerca de su salud, de exámenes, tests o cualquier otro dato informe consignado en su historia, o revelado a nuestro personal.Este anunciio, requerido por ley, le explicará como procedemos con relación a este aspecto y describirá:

- 1- Cómo la información con respecto a su estado de salud,será usada y revelada.
- 2- Los derechos que le corresponden, con relación a esta información.
- 3- El personal que puede contactar, para ampliar la información o, formular quejas.

Nosotros podemos cambiar en cualquier momento, el contenido de este anuncio y estos cambios pueden aplicarse a la información ya obtenida o a la nueva .Le enviaremos a usted dichos cambios si nos son solicitados, y nuestras clínicas igualmente recibirán los cambios realizados.

NUESTRO ACTUAL ANUNCIO,ABRIL 14 DEL 2003.

1- Como la información con respecto a su estado de salud, será usada y revelada.

Nosotros podemos hacer uso y revelar aspectos de su Historia Clínica por algunas razones que explicaremos en este documento; daremos algunos ejemplos que podrán aclarar este proceder. Si en alguna ocasión usamos dicha información, y la revelamos a alguien sin su autorización, las razones las encontrará en este anuncio.

Tratamiento. Podemos utilizar su Historia Clínica para suministrar medicamentos, buscar servicios o tratamiento que redunden en su beneficio personal. Podemos revelarla a médicos, enfermeras, técnicos,estudiantes del ramo de la salud, voluntarios u otro personal involucrados en el manejo o cuidado de su salud. Ellos pueden trabajar en nuestra oficina, en el hospital, en caso de que esté hospitalizado bajo nuestra supervisión, o en otra oficina médica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de servicios de salud , a quien nosotros lo tengamos que referir para consulta, toma de rayos x, tests de laboratorio, llenar prescripciones u otros manejos.

Pagos. Podemos utilizar y revelar información de su estado de salud, para el recaudo y pago de su cuenta de servicios recibidos, a una compañía de seguros, Medicaid,o a un tercer grupo o compañía encargada de dicho pago. Por ejemplo: Podemos dar información a su plan de seguro de salud con relación a la atención recibida en la oficina y lo que el plan le reembolsará por la visita.Igualmente podemos revelar la informació a la agencia del estado Medicaid, y así nosotros recibir el reembolso correspondiente a los servicios suministrados.

Manejo de la informacion de su Historia Clínica. Nosotros podemos usar y revelar sus datos clínicos con el único fin de mejorar nuestros servicios y tratamientos. Esto es necesario porque beneficiará la calidad de atención de nuestros pacientes . Por ejemplo: Podemos utilizar la información de su estado de salud para revisar nuestros tratamientos,servicios y a la vez evaluar el trabajo de nuestro staff en lo referente a cuidados de salud. Podemos combinar información de varios pacientes para decidir que servicios adicionales debemos ofrecer , cuales no son necesarios, que tratamientos nuevos son efectivos, y compararlos con respecto a otras entidades, todo ello con el fin de mejorar el manejo de ellos

La información de nuestros pacientes puede ser utilizada, por otras entidades, sin que se tenga conocimiento a que paciente específico corresponde. Podemos compartir información con otros grupos, llamados negocios asociados, quienes proveen servicios o manejos que son esenciales para nuestro funcionamiento; ellos han firmado un contrato previamente, en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información.

Autorización de llamada para recordar citas. Nosotros podemos usar y revelar información de su Historia Clínica al contactarlo para recordarle a cerca de su cita. Por favor haganos saber si usted no desea que lo llamemos para este fin, o si usted desea que lo contactemos a un teléfono o dirección diferente.

Información requerida por ley. La información con relación a su estado de salud, será revelada cuando sea requerida por ley federal, estatal o local.

Revelación por integridad personal y/o colectiva. Podemos usar y revelar información a cerca de su estado de salud, cuando esto sea necesario, para prevenir complicaciones que amenacen seriamente su seguridad y salud, la de otra persona o la del público en general. La información sería dada unicamente, a alguien, que tenga capacidad para ayudar a prevenir dicha amenaza.

Riesgos de salud pública. Nosotros podemos revelar información a cerca de su estado de salud, para las siguientes actividades de salud pública :

- 1-Prevención o control de enfermedades, heridas o discapacidades.
 - 2- Información de abuso a menores.
 - 3- Información de reacciones o problemas con productos o medicamentos.
 - 4- Para recordarle a los usuarios posibles reacciones a productos que esten utilizando.
 - 5- Informar a quienes pudieron haber estado expuestos a una enfermedad, o pueden estar en riesgo de contraerla o diseminarla.
 - 6- Para informar a la autoridad gubernamental apropiada, en el caso de que nosotros creamos que un paciente ha sido víctima de un abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Nosotros solamente lo revelaremos si usted está de acuerdo o, cuando sea autorizado o requerido por ley.

Actividades de supervisión en salud. Nosotros podemos revelar información de su Historia Clínica a una agencia de supervisión en salud, para actividades autorizadas por ley. Estas actividades incluyen por ejemplo: Auditorias, investigaciones, inspecciones o licencias. Esto es necesario para que el gobierno monitoree el sistema de salud, programas gubernamentales, de conformidad con las leyes de derecho civil.

Pleitos y disputas. Si usted está involucrado en un pleito o disputa, nosotros podemos revelar la información a cerca de su salud, en respuesta a una orden emitida por una corte o un tribunal administrativo. Si la información es requerida por alguien más que está en el pleito, y es necesario suministrarla por ley, podemos darla una vez haya sido informado a cerca del pedido y usted haya tenido tiempo, para conseguir una orden de protección de información pedida.

Pedidos por leyes oficiales. Nosotros podemos dar información de su estado de salud, si ello es requerido por leyes oficiales como:

1. En respuesta a una orden de corte, o la corte ordenó una citación por escrito y por un oficial, orden judicial, cita o proceso similar.
2. Para identificar o localizar un fugitivo sospechoso, material probatorio o persona perdida.
3. Cuando usted es víctima de un crimen y nosotros no podemos obtener su consentimiento.
4. Cuando creemos que una muerte fue el resultado de una conducta criminal.
5. Cuando una conducta criminal se realiza en contra nuestra en un momento dado y es necesario informarlo.
6. En circunstancias de emergencia como es el caso de un crimen, su localización, víctima o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

Con relación a personas privadas de la libertad. Si usted es una persona interna en un instituto correccional o bajo la custodia por la aplicación de leyes oficiales; es posible que la información de su historia clínica sea enviada a esas entidades, en el caso de que sea necesario, para que la institución le provea los servicios para proteger su salud y seguridad, la de otros o de la institución correccional.

Otros usos de su historia clínica autorizados en forma escrita por usted. Esto solamente será realizado con su debida autorización por escrito. Usted puede suministrar, corregir o revocar dicha autorización en cualquier momento,

pero si nosotros estamos utilizando la información anotada, no es posible que sea revocada por usted. Para una mas amplia información favor contactar las normas oficiales sobre la privacidad de informacion en salud.

2. Derechos que le corresponden con respecto a su historial médico.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su historia médica:

Derecho a revisarla y obtener copias. Usted tiene derecho a revisar y obtener copias de su historia clínica que puede ser utilizada para tomar decisiones a cerca de su salud. Usualmente incluye anotaciones de salud o pagos, no psicoterapia.

Si usted quiere revisar y/o recibir una copia de su historia clínica, debe hacer el pedido por escrito, llenando un formato que nosotros tenemos para tal fin y luego debe ser firmada y enviada al departamento de records médicos de su clínica. En el caso de ser aceptado su pedido, le será cobrado un dinero por el pago de localización, copia, envio o procesamiento de su pedido; si por el contrario es negado su pedido, usted tiene el derecho de que dicha decisión sea revisada por un profesional licenciado en temas de salud, que no debe ser quien hizo la revisión original que fue negada; nosotros obedeceremos el resultado de dicha decisión.

Favor contactar las normas oficiales sobre privacidad en información de salud con respecto a la revisión y/o copia de historia clínica.

Derecho a corregir . Si usted piensa que su historia clínica es incorrecta o incompleta, usted puede contactarnos con el objeto de corregirla; todo pedido debe ser por escrito llenando un formato que nosotros tenemos para dicho fin. En algunos casos podemos negar su pedido, por ejemplo, podemos negarlo por no haberse llenado el formato adecuado, o si el pedido no es firmado, si la información que usted desea corregir no fue generada por nosotros, si no es parte de la historia clínica guardada por nuestra práctica de salud, igualmente si la informacion es algo que no le sería permitido revisar y/o copiar o si es exacta y completa.

Las correcciones de su historia clínica pueden ser reveladas, a aquellos a quienes nosotros suministramos información como previamente especificamos.

Derecho a pedir copias o datos de la historia clinica pedidas con anterioridad. Usted tiene el derecho a pedir una lista de aquellos datos de la historia clínica pedidos con anterioridad; esto es aplicable en casos en los cuales su uso fue para propósitos de tratamiento, pagos y otros manejos o cuidados en lo que a salud se refiere, descritos en este documento. También incluye copias que usted ha autorizado, información hecha directamente a usted, miembros de su familia o amigos envueltos en su manejo médico, información emitida por seguridad nacional o leyes oficiales . Usted debe pedir dicha lista previamente, en un formato que nosotros tenemos para ello. Su pedido requiere un periodo de tiempo para la respuesta, que puede no ser mas largo de 6 años y puede no empezar antes de abril 14 del 2003 . La primera lista pedida en los primeros 12 meses son libres de costo, pero listas adicionales tendrian un costo el cual le será anunciado y usted escogerá si retira o modifica su pedido, antes de incurrir en cualquier costo. Sus derechos para recibir la lista puede ser sujeta a condiciones, restricciones y limitaciones. Favor contactar las normas oficiales sobre privacidad para mayor información.

Derecho a poner restricciones en el pedido de su Historia Clínica. Usted tiene el derecho a pedir restricciones o limitaciones en la información de su Historia Clínica, que nosotros utilizamos o revelamos a cerca de su tratamiento, pagos o manejo en el cuidado de su salud. También nos puede solicitar que no demos información a miembros de su familia o amigos que tengan que ver con el manejo de su salud. Por ejemplo usted puede solicitarnos que el acceso a su Historia Clínica le sea negado a un miembro particular de su trabajo.

Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con las restricciones que usted solicite. Analizaremos su pedido y decidiremos si es adecuado o no para usted las restricciones o limitaciones pedidas. Si estamos de acuerdo obedeceremos su pedido a menos que sea necesario utilizar la información para tratamiento de emergencia. La información requerida por ley, no es sujeta a restricciones o limitaciones.

Usted puede solicitar restringir información correspondiente al llenado del formato que usted firmó; en su pedido debe aclararnos que información usted quiere limitar y a quien se le debe restringir; dicho pedido debe ser firmado.

Derecho a pedir comunicación confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que la comunicación con usted sea en determinado lugar, por ejemplo, usted puede solicitarnos que solo lo contactemos en su lugar de trabajo, o enviar la información a un P.O.Box, o e-mail. Por favor haga estos pedidos por escrito. Complaceremos de manera razonable su pedido, pero también podemos condicionarlo.

Derecho a una copia de este anuncio. Nosotros le daremos una copia de este anuncio en el momento en que usted lo solicite.

3- A QUIENES USTED PUEDE CONTACTAR PARA AMPLIAR LA INFORMACION O PARA FORMULAR RECLAMOS.

Si usted necesita más información, o cree que sus derechos personales han sido violados, puede contactar nuestras normas oficiales sobre privacidad en la información de salud.

Recuerde: Usted no será penalizado por formular un reclamo.

También puede formular los reclamos a la secretaría del departamento de salud y servicios humanos, si usted cree que sus derechos privados han sido violados.

SECCION ESPECIAL PARA MENORES Y PERSONAS CON GUARDIANES.

Este anuncio de prácticas privadas es aplicable a menores y adultos discapacitados. Ellos gozan de las mismas normas de protección básicas, que hemos mencionado con anterioridad. Sin embargo por ley, menores y adultos discapacitados no pueden tomar decisiones en cuanto a su salud por ellos mismos, sin la ayuda de sus padres o guardianes, por lo tanto éstos toman las decisiones en cuanto a la utilización y revelación de la información de salud del menor o adulto discapacitado. Es por ello que una decisión asumida por los padres o guardianes, goza de todos los derechos enunciados en este comunicado, incluyendo el derecho a revisar, copiar y corregir dicha información.

A pesar de que la mayoría de veces las decisiones en cuanto a cuidados de salud de los menores, son hechas por los padres o tutores, hay algunas situaciones donde los menores pueden tomar su propia decisión, independiente del conocimiento y consentimiento del padre o guardian. Tales situaciones son estrechamente reguladas por ley, e incluyen:

- _ Menores Independientes.
- _ Menores donantes de sangre.
- _ Menores donantes de tejido.
- _ Menores que solicitan exámenes para E.T.S.

Es importante anotar que cuando el menor toma esta decisión, solamente él autorizará la utilización y revelación de dicha información. Igualmente el menor tiene todos los derechos enunciados anteriormente en este documento, relacionados a la protección de la información en salud, concerniente a la decisión tomada por él. Sin embargo si el menor elige informar al padre o guardian y obtiene de ellos consentimiento para la decisión tomada, todos los derechos en la privacidad de la información derivados de la decisión asumida por el menor, pueden regresar al padre o tutor.

Existen también algunas situaciones en donde otros adultos diferentes a los padres o guardianes, pueden tener acceso a la información, usarla y revelarla, sin el consentimiento del padre o guardian. Esto usualmente ocurre en situaciones en donde la ley reconoce que la salud o seguridad del menor está en peligro y el acceso y utilización de la información sin apropiada autorización es necesaria para su protección. Ejemplo podría ser :

- _ Menores en condiciones de emergencia médica.
- _ Menores quienes independientemente han solicitado información y servicios contraceptivos.
- _ Menores que son víctimas de abuso sexual, abandono o negligencia.

Definiciones:

- 1- **Menor:** Una persona por debajo de los 18 años.
- 2- **Menores emancipados:** Menores a quienes por decisión de la Florida Statues Chapter 743, se les ha concedido el derecho a tomar decisiones por ellos mismos. Estos pueden tomar sus propias decisiones en cuidados de salud y no necesitan un padre o guardian.
- 3- **Menores emancipados incluye:**
Casados

Divorciados

Viudos

Menores declarados independientes, por una corte de leyes (solamente mayores de 16 años)

Soltera y embarazada.

Madre

Menor criminalmente juzgado como adulto

- 4- **Menor no emancipado:** Menores quienes por su edad no pueden tomar decisiones por sí mismos.