

FORMULARIO DEMOGRÁFICO

Fecha de hoy:		Nombre, dirección y teléfono del médico anterior:					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE							
Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:		☐ Sr. ☐ Sra.	☐ Srta. Estado civil: (encierre en círculo) Solt / Cas / Div / Sep / Viu
¿Este es su nombre legal?		Si no, ¿cuál es su nombre legal?		Correo electrónico:		Fecha nacimiento:	Edad: Sexo: ☐ M ☐ F
☐ Sí ☐ No						/ /	
Dirección:				Número Seguro Social:		Número de teléfono del hogar:	
						()	
Número de celular:		Ciudad:			Estado:		Código ZIP:
Ocupación:		Empleador:				Número de teléfono del empleador:	
						()	
Escogió esta oficina porque fue referido por:		☐ Dr.		☐ Periódico		☐ Seguro	☐ Hospital
☐ Familia	☐ Amigos	☐ Señalización	☐ Iglesia	☐ Internet	☐ Carteles	☐ Boletín	☐ Correo
Nombre de la persona que lo refirió:				Miembros de la familia que se ven aquí:			
INFORMACIÓN DEL SEGURO							
Persona responsable de pagos:		Fecha nacimiento:		Dirección (si es diferente):		Número de teléfono:	
		/ /				()	
¿Esta persona es paciente?		☐ Sí ☐ No		Número de teléfono del empleador:			
Ocupación:		Empleador:		Dirección del empleador:			
						()	
¿Este paciente está cubierto por un seguro?		☐ Sí ☐ No					
Favor indicar su seguro primario :		☐ Medicare		☐ CarePlus		☐ Freedom	☐ Simply
☐ Amerigroup		☐ Wellcare		☐ BetterHealth ☐ BCBS		☐ Aetna ☐ UHC ☐ Devoted	☐ Otro:
Nombre del suscriptor:		SS del suscriptor:		Fecha nacimiento:		Número de grupo:	Número de póliza:
				/ /			Co-pago:
							\$
Relación del paciente con el suscriptor:		☐ Yo mismo		☐ Esposo	☐ Hijo	☐ Otro	
Nombre de seguro secundario (si aplica):		Nombre del suscriptor:			Número de grupo:		Número de póliza:
Relación del paciente con el suscriptor:		☐ Yo mismo		☐ Esposo	☐ Hijo	☐ Otro	
EN CASO DE EMERGENCIA							
Nombre de amigo o alguien local (que no viva en la misma dirección):				Relación con el paciente:		Número de teléfono:	Teléfono del trabajo:
						()	()

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico

Nombre (<i>Apellido, Nombre, Inicial</i>)	☐ M ☐ F	DOB:
Estado civil:	☐ Soltero ☐ Pareja ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado	
Doctor anterior o referido:		

FARMACIA DE PREFERENCIA PARA ENVIAR SUS MEDICAMENTOS

Farmacia	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono:	

Alergias a medicamentos:

Nombre de la medicina:	Reacción alérgica provocada:

Liste sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores:

Nombre de la medicina:	Dosis:	Frecuencia con que la toma:

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

PROBLEMAS

Marque si tiene o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas en un grado significativo y explíquelo brevemente.

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Problemas

Marque si tiene o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas en un grado significativo y explíquelo brevemente.

Actual Pasado		Actual Pasado		Actual Pasado		Actual Pasado	
Rinitis Alérgica	☐ ☐	Cáncer, Melanoma	☐ ☐	Epilepsia (convulsiones)	☐ ☐	Piedras en el riñón	☐ ☐
Alzheimer	☐ ☐	Cáncer, Ovarios	☐ ☐	Disfunción eréctil	☐ ☐	Dolor espalda baja	☐ ☐
Anemia	☐ ☐	Cáncer, Próstata	☐ ☐	Fibromalgia	☐ ☐	Lupus	☐ ☐
Anestesia	☐ ☐	Cáncer, Piel (exc Melanoma)	☐ ☐	Cálculos biliares	☐ ☐	Linfoma	☐ ☐
Aneurisma	☐ ☐	Cardiomegalia	☐ ☐	Gastritis	☐ ☐	Degeneración macular	☐ ☐
Angina	☐ ☐	Miocardiopatía	☐ ☐	Glaucoma	☐ ☐	Menorragia	☐ ☐
Ansiedad	☐ ☐	Estenosis de la arteria carótida	☐ ☐	Reflujo gástrico (GERD)	☐ ☐	Migraña	☐ ☐
Estenosis aórtica	☐ ☐	Cataratas	☐ ☐	Gout (Artritis)	☐ ☐	infarto al miocardio	☐ ☐
Trombosis arterial	☐ ☐	Enfermedad renal crónica	☐ ☐	Ataque cardíaco (infarto)	☐ ☐	Osteoporosis	☐ ☐
Artritis (Osteo)	☐ ☐	Pólipo de colon	☐ ☐	Hematuria (sangre en la orina)	☐ ☐	Enfermedad arterial periférica	☐ ☐
Arthritis (Reuma)	☐ ☐	Insuficiencia cardíaca (CHF)	☐ ☐	Hemorroides	☐ ☐	Vejiga hiperactiva	☐ ☐
Fibrilación auricular	☐ ☐	Estreñimiento	☐ ☐	Hepatitis A, B, C (marque el tipo)	☐ ☐	Pancreatitis	☐ ☐
Deficiencia vitamina B12	☐ ☐	Enfermedad de arteria coronaria	☐ ☐	Colesterol alto	☐ ☐	Sangrado rectal	☐ ☐
Dolor de espalda	☐ ☐	Depresión	☐ ☐	Presión arterial alta	☐ ☐	Stent, Pierna	☐ ☐
Cancer, Mama	☐ ☐	Diabetes Tipo 1	☐ ☐	Hipertiroidismo	☐ ☐	Stent, Corazón	☐ ☐
Cancer, Colon	☐ ☐	Diabetes Tipo 2	☐ ☐	Hipotiroidismo	☐ ☐	Tuberculosis	☐ ☐
Cancer, Pulmón	☐ ☐	Eczema	☐ ☐	Síndrome de colon irritable	☐ ☐	Otro	☐ ☐

Mencione cualquier otro problema de salud no mencionado anteriormente

Hospitalización

Año	Motivo	Hospital

Cirugías

Año	Motivo	Hospital

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

EDAD		PROBLEMAS DE SALUD		EDAD		PROBLEMAS DE SALUD	
Padre ☐ Vivo ☐ Fallecido		☐ Hipertensión ☐ Diabetes 2 ☐ Cáncer próstata	☐ Diabetes 1 ☐ CAD	Hijos	☐ M ☐ F		
Madre ☐ Viva ☐ Fallecida		☐ Hipertensión ☐ Diabetes 2 ☐ Cáncer mama	☐ Diabetes 1 ☐ CAD ☐ Cáncer ovario		☐ M ☐ F		
Hermanos	☐ M ☐ F				☐ M ☐ F		
	☐ M ☐ F			☐ M ☐ F			
	☐ M ☐ F			☐ Viva ☐ Fallecida			
	☐ M ☐ F			☐ Vivo ☐ Fallecido			
	☐ M ☐ F			☐ Viva ☐ Fallecida			
	☐ M ☐ F			☐ Vivo ☐ Fallecido			

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

	FECHA DE ÚLTIMA VISITA		
¿Alguna vez se ha hecho un electrocardiograma?	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopia?	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez se ha hecho un examen de próstata? (solo hombres)	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? (solo mujeres)	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez se ha hecho un examen de densitometría ósea (Dexa Exam)? (solo mujeres)	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicolaou? (solo mujeres)	☐ Sí	☐ No	
¿Alguna vez ha tenido un análisis de sangre?	☐ Sí	☐ No	
¿Se ha puesto la vacuna contra la Influenza (Flu) este año?	☐ Sí	☐ No	
¿Está vacunado contra COVID-19?	☐ Sí	☐ No	1era vacuna: 2da vacuna: Refuerzo: 2 nd refuerzo:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN UNIVERSAL DEL PACIENTE PARA LA
DIVULGACIÓN COMPLETA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

*****FAVOR LEA EL FORMULARIO COMPLETO POR AMBAS PÁGINAS ANTES DE FIRMAR**

Paciente (nombre e información de la persona cuya información de salud se divulga):

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Puede usar este formulario para permitir que su proveedor de atención médica vea y obtenga acceso a su información de salud. Su elección de firmar este formulario no afectará su capacidad para obtener atención médica o cobertura de seguro de salud, y no puede utilizarse como base para la denegación de servicios de salud.

Al firmar este formulario, voluntariamente autorizo y doy mi permiso para la divulgación:

DE QUÉ: TODA MI INFORMACIÓN DE SALUD, incluida cualquier información sobre condiciones delicadas (si aplica) [Ver página 2 para detalles]

DE QUIÉN: TODAS las fuentes de información [Ver página 2 para detalles]

A QUIÉN: Persona(s) específica(s) u organización(es) autorizada(s) a recibir mi información (debe ser un proveedor de atención médica): Medical Home Alliance, LLC y sus afiliados d/b/a IMA Medical Group

PROPÓSITO: Para brindarme tratamiento médico y servicios relacionados, y para evaluar y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.

PERIODO DE EFECTIVIDAD: Este formulario de autorización permanecerá vigente hasta el día en que retire su permiso.

REVOCAR SU PERMISO: Puede revocar su permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a la persona u organización nombrada anteriormente en "A Quién".

Adicionalmente:

- Autorizo el uso de una copia (incluida copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente
- Entiendo que hay algunas circunstancias en las que esta información se puede volver a divulgar a otras personas [Ver página 2 para detalles]
- **Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información de salud que de otro modo está permitida por ley sin mi autorización o permiso específico**
- **He leído ambas páginas de este formulario y acepto las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes enumeradas**

X _____
Firma del Paciente o su Representante Legal

Fecha de Firma (mm/dd/aaaa)

Escriba el nombre del Representante Legal (si aplica)

Marque la opción que describe la relación del representante legal con el paciente (si aplica):

☐ Padre del menor

☐ Tutor

☐ Otro (explique: _____)

NOTA: Este formulario no es válido si se modifica. Tiene derecho a obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Explicación del Formulario “Autorización Universal Del Paciente Para La Divulgación Completa De La Información Médica Para El Tratamiento Y La Calidad De La Atención”

Las leyes y reglamentaciones exigen que algunas fuentes de información personal tengan un formulario de autorización o permiso firmado antes de divulgarla. Además, algunas leyes requieren una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones y de fuentes educativas.

“De Qué”: TODA SU INFORMACIÓN DE SALUD, incluyendo:

- 1. Todos los registros médicos y otra información relacionada con mi historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas y atención ambulatoria. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud delicadas, incluyendo, entre otras, las siguientes:**
 - a. Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias
 - b. Impedimentos psicológicos, psiquiátricos u otros impedimentos mentales o discapacidades del desarrollo (excluye "notas de psicoterapia" como se define en HIPAA en 45 CFR 164.501)
 - c. Anemia de células falciformes
 - d. Control de natalidad y planificación familiar
 - e. Registros que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible, y pruebas o registros de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual
 - f. Pruebas o enfermedades genéticas (hereditarias)
- 2. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluidos programas educativos individualizados, valoraciones, evaluaciones psicológicas y del habla, inmunizaciones, información de salud registrada (como altura, peso) e información sobre lesiones o tratamiento**
- 3. Información creada antes o después de la fecha de este formulario**

“De Quién”: Todas las fuentes de información, incluidas, entre otras, fuentes médicas y clínicas (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) que incluyen salud mental, correccional, tratamiento de adicciones, centros de atención médica de Asuntos de Veteranos, registros estatales y otros programas estatales, todas las fuentes educativas que puedan tener parte de mi información de salud (escuelas, administradores de registros, consejeros, etc.), trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de la salud, empleadores, administradores de beneficios de farmacia, programas de compensación para trabajadores, Medicaid, Medicare y cualquier otro programa gubernamental.

“A Quién”: A los proveedores de atención médica enumerados en la sección "A QUIÉN". Su permiso también incluiría médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeras) y personal médico que participe en su atención de salud en el centro de esa organización o en el consultorio de esa persona, proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para la persona u organización especificada, y miembros del personal o agentes (como socios comerciales u organizaciones de servicios calificados) que llevan a cabo actividades y propósitos permitidos por este formulario para esa organización o persona que usted especificó. La divulgación de la información de salud puede ser en papel o en forma oral, o puede ser a través de intercambio electrónico.

“Propósito”: Su firma en este formulario NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a su información de salud con el propósito de decidir si brindarle un seguro de salud o pagar sus facturas. Puede hacer esa elección en un formulario separado que usan las aseguradoras de salud.

“Revocación”: Tiene derecho a revocar esta autorización y retirar su permiso con respecto a cualquier uso futuro en cualquier momento mediante notificación por escrito. Esta autorización se revoca automáticamente cuando usted fallece. Debe comprender que las organizaciones que tienen su permiso para acceder a su información de salud pueden copiar o incluir su información en sus propios registros. Estas organizaciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver la información que se les proporcionó ni a eliminarla de sus propios registros.

“Re-divulgación de la información”: Cualquier información de salud sobre usted puede volver a divulgarse solo en la medida permitida por las leyes y regulaciones estatales y federales. Usted comprende que una vez que se divulga su información, puede estar sujeta a una nueva divulgación legal de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables y, en algunos casos, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.

“Limitaciones de este formulario”: Si desea que se comparta su información de salud para otros fines que no sean su tratamiento, o si desea que solo se comparta una parte de su información de salud, en vez de esta forma usted debe usar el Formulario Florida AHCA FC4200-005 (Formulario De Autorización Universal Del Paciente Para Divulgación Limitada De Información De Salud). Además, este formulario no se puede utilizar para la divulgación de notas de psicoterapia. Este formulario no obliga a su proveedor de atención médica u otra persona/organización enumerada en la sección "De quién" o "A quién" a buscar la información que especificó en la sección "De qué" de otras fuentes. Además, este formulario no cambia las obligaciones y reglas actuales sobre quién paga las copias de los registros.

Declaración de voluntad anticipada

En el estado de la Florida todos los adultos competentes tienen derecho a una "voluntad anticipada". Una declaración de voluntad anticipada le permite declarar su elección con respecto a ciertas decisiones médicas o nombrar a alguien para que tome esas decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo.

En Florida hay tres tipos de voluntad anticipada:

Testamento de vida: detalla los tratamientos médicos que desearía y no desearía que se utilizaran para mantenerlo con vida, así como sus preferencias para otras decisiones médicas como el manejo del dolor o la donación de órganos.

Sustituto: es una persona que usted autoriza a través de un formulario de Designación de Sustituto de Cuidados Médicos para que tome decisiones médicas por usted cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones.

Poder notarial para cuidados de atención médica: le permite nombrar a una o más personas para que tomen sus decisiones de atención médica si usted no puede tomarlas por sí mismo. La persona que designa se llama su agente de cuidados de atención médica.

Si usted tiene alguna de las declaraciones de voluntad anticipada nombradas anteriormente, debemos recibir una copia si desea que sigamos sus instrucciones. Las copias de los formularios de voluntad anticipada están disponibles en línea, en el sitio web de IMA.

Mi firma a continuación certifica que he leído y entendido completamente el aviso anterior de Declaraciones de Voluntad.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____



Consentimiento para tratamiento médico

Por medio de la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para todos los servicios de atención médica ordenados y proporcionados por IMA Medical Group (“IMA”). Entiendo que se me informará sobre el curso de mi tratamiento, sus beneficios y riesgos, junto con posibles métodos alternativos.

Los servicios de atención médica pueden incluir, entre otros, exámenes físicos y mentales de rutina, análisis de sangre, pruebas de diagnóstico y control, radiografías y otros estudios de imágenes, prescripción de medicamentos y referidos a especialistas.

Durante el curso de su atención en IMA Medical Group, puede ser médicamente necesario obtener sangre, orina, heces, tejido u otro tipo de muestra biológica para análisis, incluido el análisis de ADN.

El análisis de ADN implica el examen de su ADN para identificar la presencia y composición de genes en su cuerpo. Una vez que se haya realizado el análisis y la muestra ya no sea necesaria, se almacenará como desecho médico y luego se transferirá a un tercero para su eliminación de acuerdo con la ley aplicable.

También puede darse el caso de que una muestra biológica (como sangre, orina, cabello, fluidos corporales, etc.) que contenga su ADN se deposite en instrumentos médicos, ropa de cama, prendas de vestir u otros objetos. Estos objetos pueden luego transferirse a un tercero para su limpieza o eliminación.

Al firmar este documento, declara afirmativamente que es su decisión intencional dar su consentimiento para la recolección y transferencia de su ADN con fines médicos de diagnóstico, y también para la transferencia de todos y cada uno de los especímenes biológicos recolectados o depositados en IMA Medical Group a un tercero para limpieza o eliminación.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente hasta que retire mi consentimiento, lo que puede hacerse por escrito en cualquier momento o hasta que IMA cambie sus servicios y me solicite que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que mi seguro los pague o no, a menos que esté específicamente exento por el contrato de mi compañía de seguros con IMA.

Cesión de Beneficios

Por la presente, asigno el seguro privado, los beneficios médicos y cualquier otro beneficio del plan de salud a IMA. Una copia de esta cesión se considera válida como el original.

Consentimiento de Contacto

Al proporcionar mi número de teléfono o celular a los proveedores de IMA, acepto recibir llamadas automáticas, mensajes pregrabados y/o mensajes de texto relacionados con mi atención médica de parte de los proveedores de IMA. Reconozco y acepto que los mensajes de texto, que se enviarán por medios no cifrados, pueden contener información médica protegida (PHI) y existe algún riesgo de divulgación o interceptación de estos mensajes. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento.

Retiro del consentimiento para el texto (los mensajes se pueden enviar respondiendo STOP). La revocación del consentimiento para recibir llamadas automatizadas y mensajes pregrabados deberá realizarse por escrito.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Si está firmando como padre, tutor o sustituto, escriba el nombre del paciente:



Aviso de Prácticas de Privacidad de IMA Medical Group

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Sus derechos:

Acceso a su expediente médico:

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa por esto.

Corrección de su expediente médico:

- Puede pedirnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decirle “no” a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales:

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o del trabajo), o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a solicitudes razonables.

Solicitar limitaciones sobre el uso o divulgación de su información:

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decirle “no” si afecta su atención.
- Si usted paga de su bolsillo por un servicio o producto de atención médica en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora para fines de pago u operaciones. Diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información:

- Puede solicitar una lista (reporte) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién y por qué.
- Incluirá todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras ciertas divulgaciones (como las que usted solicitó que hiciéramos). Proporcionaremos un reporte al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita más de uno dentro de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad:



Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Designar a alguien para que actúe en su nombre:

- Si ha otorgado a alguien un poder notarial medico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad para actuar en su nombre antes de realizar cualquier acción.

Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos:

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos enviando una carta a IMA Medical Group, Chief Compliance Officer, 6675 Westwood Blvd., Orlando, FL 32821, llamando al 1-855-694-6432 o enviando un correo electrónico a compliance@inhealthmd.com
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones:

Para cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en situaciones de ayuda por desastre.
- Si no puede expresar su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés.
- También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos de su permiso por escrito:

- Con fines de mercadeo.
- Venta de su información.
- Cuando leyes más restrictivas exijan su autorización por escrito para divulgar información, como registros de tratamiento por abuso de sustancias, estado de VIH/SIDA, notas de psicoterapia, etc.

Nuestros usos y divulgaciones:

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

**Para tratarlo:**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

Para operar nuestra organización:

Podemos usar y compartir su información médica para operar nuestra práctica, mejorar su atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Para facturar nuestros servicios:

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

Otras formas en que podemos compartir información médica:

Podemos o debemos compartir su información por otras razones, como por motivos de salud pública, investigación u otros autorizados por ley. Debemos cumplir con varios requisitos legales antes de poder compartir su información para estos propósitos.

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio, demandas o acciones legales.
- Para temas de salud pública y seguridad, incluyendo:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con retiros de productos.
 - Reportar reacciones adversas a medicamentos.
 - Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien.
 - Investigaciones médicas.
- Si leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- A organizaciones de obtención de órganos si usted es donante.
- Con un forense, médico forense o director de funeraria en caso de fallecimiento.
- Para compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales:
 - Para reclamaciones de compensación laboral.
 - Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley.
 - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley.

Nuestras responsabilidades:

- Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.



- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra forma que no esté descrita aquí, a menos que nos lo autorice por escrito. Si nos da permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad de IMA Medical Group entra en vigencia el 1 de enero de 2025.

Reconocimiento:

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de IMA Medical Group.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Si firma como padre, madre o tutor legal, por favor indique el nombre del paciente:

CONTACTO:

Elizabeth Haughton

General Counsel/Chief Compliance Officer

Dirección: 6675 Westwood Boulevard. Suite 475, Orlando, FL 32821

Teléfono: (689) 686-3359

Fax: (877) 643-0939



Código de Conducta del Paciente

IMA Medical Group ("IMA") está comprometida en proporcionar atención de alta calidad y excepcional a nuestros pacientes. La organización respalda la salud y el bienestar óptimos en un entorno seguro, respetuoso y compasivo. No se tolerarán las siguientes acciones, lenguaje y comportamientos mientras visite o recibe atención en una instalación o evento de IMA:

- Actos racistas o discriminatorios
- Ataques o violencia física
- Lenguaje obsceno o grosero
- Acoso sexual
- Destrucción de propiedad
- Robo
- Violación de la privacidad y confidencialidad del paciente
- Interrupción de la atención y/o experiencia de otro paciente
- Grabación de video o audio de pacientes, visitantes o personal

Los proveedores de IMA y sus pacientes entran en una relación mutua que requiere no solo confianza y respeto, sino también compromiso. La asistencia constante, cumplimiento de las citas y adherencia a las recomendaciones de tratamiento son fundamentales para mejorar los resultados de salud. Como resultado, todos los pacientes de IMA deben cumplir las siguientes expectativas:

- Asistir a las citas programadas
- Confirmar las llamadas o mensajes de recordatorio de citas
- Llegar a tiempo a las citas
- Reprogramar citas dentro de las 24 horas, cumpliendo con la 'Política de No Presentación de IMA'.

No cumplir con las pautas establecidas por IMA Medical Group resultará en la documentación y revisión por parte de la administración para una posible desafiliación de nuestra empresa. Los miembros desafiliados tendrán prohibido utilizar los servicios de IMA en el futuro.



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ SS#: _____
Teléfono: _____ FDN: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de la institución de salud de la que se solicitan registros: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de solicitud: ____/____/____ al ____/____/____

Motivo de la divulgación: _____

Favor incluya la siguiente información:

	Resumen (todos los apuntes y resultados de diagnóstico)		Notas de historial y examen físico
	Apuntes de consulta		Notas de progreso
	Resumen del alta		Notas operatorias / de procedimiento
	Apuntes de Sala de Emergencias		Apuntes de terapia
	Resultados de laboratorio		Resultados de patología
	Reportes de radiología		Imágenes de radiología (DICOM-CD/DVD)
	Otro - especifique		

ENVIAR INFORMACIÓN A: IMA MEDICAL GROUP

6675 Westwood Boulevard, Suite 475, Orlando, FL 32821

FAX A: 866-914-1818

CORREO ELECTRÓNICO: medicalrecords@inhealthmd.com

Política de No Presentación **(Ausencia)**

Gracias por confiar su cuidado de atención primaria a IMA Medical Group (IMA). Cuando usted programa una cita con nosotros, hemos reservado suficiente tiempo para brindarle la atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor póngase en contacto con nuestra oficina lo antes posible, al menos 24 horas antes de la hora de su cita. La notificación permite a la clínica utilizar mejor las citas para otros pacientes que necesitan atención médica rápida.

Todas las citas programadas deben ser canceladas o reprogramadas al menos 24 horas antes de la cita.

- Si no se presenta, o si cancela o reprograma una cita en la oficina con menos de 24 horas de notificación, puede estar sujeto a una tarifa de **\$10.00**.
- En caso de que tenga tres (3) ausencias, cancelaciones o citas reprogramadas con menos de 24 horas de notificación, podría estar sujeto a ser despedido de la clínica de IMA.

Entendemos que circunstancias inevitables pueden hacer que cancele o reprograma dentro de las 24 horas. En este caso, las tarifas pueden ser eximidas con la aprobación de la gerencia.

Nuestra práctica cree firmemente que las buenas relaciones médico/paciente se basan en la comprensión mutua y la buena comunicación.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, comprendido y aceptado esta Política de No Presentación.

Nombre Escrito del Paciente

Fecha

Firma del Paciente



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA

Fecha de Vigencia: _____ Dirección: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

1. Propósito

Este formulario proporciona información acerca de recibir servicios de salud a través de telemedicina de Medical Home Alliance, LLC, d/b/a IMA Medical Group y documenta su consentimiento para participar. La telemedicina utiliza comunicaciones electrónicas seguras (como videoconferencias, llamadas telefónicas o mensajería segura) para brindar servicios de salud cuando usted y su proveedor no se encuentran en el mismo lugar.

2. Naturaleza de los Servicios de Telemedicina

La telemedicina puede incluir, entre otros:

- Evaluaciones médicas, diagnósticos y planes de tratamiento.
- Prescripción de medicamentos (si corresponde).
- Monitoreo de condiciones de salud en curso.
- Revisión de expedientes médicos, imágenes y resultados de laboratorio.
- Educación y consejería para pacientes.

3. Beneficios de la Telemedicina

Entiendo que los beneficios potenciales de la telemedicina pueden incluir:

- Comodidad – Acceso a la atención sin necesidad de tiempo de viaje o transporte.
- Mejor Acceso – Posibilidad de ver a proveedores que quizás no estén disponibles localmente.
- Continuidad de la Atención – Seguimiento más fácil y monitoreo continuo de condiciones de salud.
- Menor Exposición – Limitar la exposición a enfermedades contagiosas en salas de espera.
- Eficiencia de Tiempo – Menores tiempos de espera y reducción del tiempo fuera del trabajo o el hogar.

4. Riesgos y Limitaciones

Aunque la telemedicina puede ofrecer comodidad y mejor acceso a la atención, entiendo que: My provider may determine that an in-person visit is necessary.

- Mi proveedor puede determinar que una visita en persona es necesaria.
- La tecnología puede fallar y requerir arreglos alternativos.
- Ciertos exámenes físicos o pruebas diagnósticas pueden no ser posibles a través de telemedicina.
- La información transmitida electrónicamente puede ser interceptada a pesar de las medidas de seguridad, aunque se tomarán precauciones razonables para proteger mi privacidad.

5. Costos Potenciales

Entiendo que:

- Los servicios de telemedicina pueden facturarse a mi plan de seguro de la misma manera que los servicios en persona.
- Dependiendo de mi cobertura del seguro, puedo ser responsable de copagos, deducibles o coaseguros.
- Si mi seguro no cubre servicios de telemedicina, puedo ser personalmente responsable del costo total.
- Soy responsable de confirmar mi cobertura con mi plan de salud antes de mi cita de telemedicina.



6. Confidencialidad

- Todos los servicios de telemedicina cumplirán con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA.
- Las comunicaciones electrónicas estarán encriptadas y protegidas en la mayor medida posible.
- Mi información médica será documentada en mi expediente de salud, al igual que con los servicios en persona.

7. Derechos del Paciente

Entiendo que:

- Puedo rechazar los servicios de telemedicina o solicitar atención en persona en cualquier momento.
- Tengo el derecho de rechazar o retirar mi consentimiento para la telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o beneficios futuros.
- Mi consentimiento para telemedicina permanecerá vigente a menos que sea revocado por escrito.
- Si estoy experimentando una emergencia médica, debo llamar al 911 o acudir al departamento de emergencias más cercano en lugar de depender de la telemedicina.

8. Reconocimiento y Consentimiento del Paciente

Al firmar a continuación:

- Reconozco que he leído y comprendido la información en este formulario.
- Entiendo los riesgos, beneficios y limitaciones de la telemedicina.
- Entiendo los posibles costos y mi responsabilidad de confirmar la cobertura del seguro.
- Consiento en participar en los servicios de telemedicina proporcionados por Medical Home Alliance, d/b/a IMA Medical Group y sus proveedores, de conformidad con la ley federal y estatal de Florida.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si aplica): _____

Aviso a los Pacientes: La telemedicina no es apropiada para todas las condiciones. Si cree que su condición requiere una evaluación en persona, por favor infórmese a su proveedor de atención médica.