

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

INFORMACION DEL PACIENTE:			
APELLIDO:		NOMBRE:	
		SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
DIRECCION:		CIUDAD:	ESTADO: CODIGO POSTAL:
# DE TELEFONO: (____) DEJAR MENSAJE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N MENSAJE DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	# DE TRABAJO: (____) DEJAR MENSAJE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N MENSAJE DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	# CELULAR: (____) DEJAR MENSAJE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N MENSAJE DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CORREO ELECTRONICO:
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL: ____/____/____	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA
ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> NIEGO A CONTESTAR			
RAZA: <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFRO-AMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO/ISLENO PACIFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NIEGO A CONTESTAR			
CONTACTO DE EMERGENCIA:			
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	RELACION:	# DE TELEFONO:
FARMACIA PREFERIDA:			
NOMBRE:		# DE TELEFONO:	
DOCTOR PRIMARIO:			
NOMBRE DEL DOCTOR:		# DE TELEFONO:	
INFORMACION DEL SEGURO:			
SEGURO PRIMARIO:	NUMERO DE POLIZA:	NUMERO DE GRUPO:	
NOMBRE DE ABONADO:	FECHA DE NACIMIENTO/SEXO:	DIRECCION:	
SEGURO SECUNDARIO:	NUMERO DE POLIZA:	NUMERO DE GRUPO:	
NOMBRE DE ABONADO:	FECHA DE NACIMIENTO/SEXO:	DIRECCION:	
QUE LA REFIRIO A NUESTRA OFICINA:			
<input type="checkbox"/> MEDICO:	_____	<input type="checkbox"/> AMISTAD:	_____
<input type="checkbox"/> HOSPITAL:	_____	<input type="checkbox"/> WEB:	_____
<input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO:	_____	<input type="checkbox"/> OTRO:	_____
<input type="checkbox"/> FAMILIA:	_____		

ENTIENDO Y ACEPTO QUE INDEPENDIEMENTE DE MI SEGURO SOY RESPONSABLE POR EL SALDO DE MI CUENTA POR CUALQUIER SERVICIO PROFESIONAL PRESTADO. HE LEÍDO TODA LA INFORMACIÓN Y COMPLETADO LAS RESPUESTAS ANTERIORES. CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER. NOTIFICARE A ESTA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SALUD O EN LA INFORMACIÓN.

FIRMA DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, autorizo a Osceola OB/GYN P.A. para divulgar mi información médica de alcohol, drogas y/o prueba de VIH, y/o información de SIDA contenidos en mi expediente:

Nombre de Persona:

Relación:

1. _____
(Apellido, Primer Nombre)

2. _____
(Apellido, Primer Nombre)

3. _____
(Apellido, Primer Nombre)

Con el propósito de: _____

Entiendo que este consentimiento es revocable, mediante notificación por escrito al médico, excepto en la medida en que el médico ha tomado acción previa a la revocación de esta autorización. Esta autorización permanecerá vigente durante un tiempo razonable _____, para completar el propósito para el cual se da. (Fecha de Expiración)

Información de abuso de alcohol y drogas, si existe fue divulgado de registros cuya confidencialidad está protegida por ley federal. Las regulaciones federales (42 CFR, Parte II) prohíben hacer cualquier otra divulgación de tal información sin una específica autorización por escrito de los abajo firmantes, o lo permitido por los reglamentos.

Pruebas del VIH, información de diagnóstico de SIDA, si ha sido revelado a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal prohíbe que la divulgación de tal información sin una autorización específica por escrito de la persona a quien dicha información pertenece o según lo permitido por la ley estatal. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro NO es para este propósito.

Nombre de Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE ANTICUERPOS DEL VIH

La ley de el estado de Florida requiere que cada proveedor médico ofresca asesoramiento y solicite su consentimiento antes de hacer la prueba de VIH

Cernimiento para el VIH consiste en una muestra de sangre para detectar la presencia de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se asocia con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Entiendo que los resultados positivos de esta prueba indicarian la presencia de anticuerpos en mi sangre que reaccionan con el antígeno de VIH. Resultados positivos no indican definitivamente si el virus está presente en mi sangre, ni significa que tengo SIDA. También entiendo que un resultado positivo no predice si se desarrollará SIDA en el futuro.

Entiendo que un resultado negativo de esta prueba no concluyente excluye contundentemente la posibilidad de infección con el virus del VIH.

Los resultados positivos serán confirmados por una segunda prueba confirmatoria.

Entiendo que **Osceola OB/GYN P.A.** tomara las precauciones para proteger la confidencialidad de los resultados de la prueba de anticuerpos. No habrá ninguna divulgación a terceros no autorizados sin mi consentimiento escrito, que exija la ley.

Sin embargo, entiendo que se registrarán los resultados de esta prueba en mi expediente médico y que los resultados se divulgar a las personas o entidades a quienes autorizo específicamente la divulgacion de los records médicos.

Específicamente estoy de acuerdo de divulgar resultados de la prueba a los pagadores de terceros aplicables con el fin de obtener el reembolso de mis gastos médicos.

También entiendo y acepto que los resultados pueden ser divulgados comoseanecesario para asegurar la prueba de seguimiento apropiado y el cuidado delos trabajadores profesionales de la salud que puede estar expuesto a sangre u otros fluidos corporales.

Después que se obtengan los resultados de la prueba, mi médico discutira estos conmigo y si es necesario, me referira a un asesoramiento medio psicologico y social apropiado.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción. He leído y entiendo la información anterior. Estoy consciente de las limitaciones de la prueba y las posibles consecuencias de los resultados de prueba positivos y negativos. Mi firma indica que doy mi consentimiento a la prueba de detección del VIH.

POR FAVOR INICIE UNO:

- Sí**, doy permiso para probar mi sangre para la presencia de anticuerpos para el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se asocia con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- No**, no doy permiso para probar mi sangre para la presencia de anticuerpos para el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se asocia con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Firma de Paciente

Fecha

Testigo

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

NUESTRA POLITICA FINANCIERA

Bienvenido a nuestra oficina. Gracias por elegir **Woman's Health Centers**. Nuestro personal está comprometido a proporcionarle la más alta calidad de la atención médica. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que necesita leer y firmar antes de cualquier tratamiento.

PAGO ES PAGADEN AL MOMENTO DE SERVICIO

Aceptamos efectivo, cheque, tarjeta de débito o cualquiera de las siguientes tarjetas de crédito:
VISA, MASTER CARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER

ASIGNACIÓN DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamación al seguro. Solicito que todos los pagos se hagan en mi nombre y que todos los beneficios se asignen para el servicio médico a Osceola OB/GYN II, LLC dba **Woman's Health Centers**. Autorizo que esta solicitud aplique a todos los servicios prestados después de la fecha indicada abajo. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros como se indica en mi explicación de beneficios y como sea aplicable bajo la ley. ES MI RESPONSABILIDAD DE IR A UN LABORATORIO, HOSPITAL O FACILIDAD DE RAYOS X AUTORIZADO POR MI SEGURO.

PARA LOS PACIENTES CON SEGURO

Aceptamos asignación de beneficios de seguro. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que usted nos da su información correcta de seguro y tarjeta de seguro. SU PÓLIZA DE SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU COMPAÑÍA DE SEGUROS. NO SOMOS PARTE DE ESE CONTRATO. Si su compañía de seguro no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 45 días de someter la reclamación, el balance se facturará automáticamente a usted. Tenga en cuenta que algunos de los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos y no considerados razonables por su póliza de seguro.

Con respecto a planes de seguro con quien somos un proveedor participante: todos los co-pagos y deducibles son pagados al momento del tratamiento. En caso de que su cobertura de seguro cambie a un plan donde no somos proveedores participantes, consulte el párrafo anterior. Hay un cargo de manejo \$35,00 por cheques con fondos insuficientes (NSF).

PACIENTES MENORES DE EDAD

El adulto que acompaña a un menor de edad y los padres (o tutores) son responsables por el pago en su totalidad. Para menores, tratamiento no emergente no se negarán a menos que los cargos hallan sido pre-autorizados aber pagado por efectivo, cheque o tarjeta de debit/credito al momento de servicios. Además, todos los padres o tutores de menores deben completar un formulario de consentimiento antes del tratamiento.

AUTORIZATION PARA TRATAMIENTO

Yo he dado consentimiento para el tratamiento y examen considerado necesario por **OSCEOLA OB/GYN II, LLC dba Woman's Health Centers**. Autorizo por este medio para este tipo de tratamiento. Certifico que he leído la anterior autorización y entiendo la misma y también certifico que no se ha hecho ninguna garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

Firma de Paciente

Fecha

Testigo



MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

RECONOCIMIENTO DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Como su médico, necesitamos saber si ha ejecutado una directiva médica anticipada:

Sí No

Si es así, esta directiva es en forma de:

- Testamento
- Poder notarial duradero para el cuidado de la salud
- Designación de un sustituto de atención médica
- Una orden de "No Resucitar" (DNR)

Si contestó "Sí," por favor proveanos con una copia de los formularios a su conveniencia y firme abajo.

Si contestó "NO," por favor lea la siguiente declaración y firme abajo.

En caso de que usted no pueda decirle a su médico y la familia cómo desea ser tratado, leyes federal y las del estado permiten hacer conocer su voluntad. La ley federal de autodeterminación del paciente establece que cada paciente adulto competente tiene el derecho a preparar un "directiva avanzada" por escrito con respecto a decisiones de cuidado de la salud. Las directivas del paciente se expresan típicamente en uno o más de formas; una declaración de voluntad de vida, un poder notarial duradero para el cuidado de la salud, o designación de salud suplente o representante para tomar decisiones de salud para usted, el paciente, cuando el paciente se vuelve incapaz de tomar esas decisiones. El testamento en vida le permite indicar sus deseos sobre el tratamiento profesional de la salud y los procedimientos de prolongación de la vida y circunstancias bajo las cuales desea estos procedimientos sean retirados o detenidos y usted puede también designar un sustituto para llevar a cabo sus deseos. A través de un poder notarial puede nombrar a una persona para comunicar sus deseos en cuanto a decisiones médicas, legales y financieras si usted se incapacita

Las directivas anticipadas pueden ayudar a proteger su derecho a tomar decisiones médicas que afecten su vida. El estrés en su familia durante momentos difíciles puede reducirse considerablemente porque su familia se verá aliviada de la responsabilidad de tratar de decidir cuál serían sus deseos. Su familia y el médico tendrán directrices claras con respecto a sus deseos para su cuidado.

Firma de Paciente

Fecha

Testigo

ACUSE DE RECIBO SOBRE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he sido provisto con una copia de Osceola OB/GYN P.A. Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre

Firma/Fecha

Si es completado por el representante personal del paciente, por favor imprimir y firmar su nombre en el espacio de abajo.

Nombre/Relacion

Firma/Fecha

USO DE OFICINA SOLAMENTE: Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad de **Osceola OB/GYN II, LLC dba Woman's Health Centers**, pero no pudo por la siguiente razón:

Paciente se negó a firmar Paciente no puede firmar Otro _____
Nombre de Empleado/Fecha

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

Este aviso describe cómo información médica sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a dicha información. Por favor léala cuidadosamente.

Con su consentimiento, la práctica esta autorizada por las leyes federales de privacidad hacer usos y divulgaciones de su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico. Información de salud protegida es la información que creamos y obtener en la prestación de nuestros servicios a usted. Tal información puede incluir documentar su síntomas, resultados de examen y prueba, diagnosis, tratamiento y solicitar la futura atención o tratamiento. También incluye documentos de facturación para los servicios.

Ejemplo de usos de su información médica para fines de tratamiento: una enfermera obtiene información tratamiento y registra en un registro de salud. Durante el curso de su tratamiento, el médico determina la necesidad de consultar con otro especialista en el área. El médico comparta la información con tal especialista y obtener información.

Ejemplo de uso de su información médica para fines de pago: presentar una solicitud de pago a su compañía de seguro de salud. La compañía de seguros de salud nos solicita información con respecto a la asistencia médica. Proporcionaremos información acerca de usted y la atención.

Ejemplo de uso de su información para las operaciones de cuidado de la salud: se obtienen servicios de nuestros aseguradores o de otros socios de negocios tales como evaluación de la calidad, mejora de la calidad, evaluación de resultados, protocolo y desarrollo de guías de práctica clínica, programas de formación, acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Compartiremos su información con dichos aseguradores u otros negocios asociados como sea necesario para obtener estos servicios.

Sus derechos de información de salud:

Mantenemos la historia clínica y registros de facturación son las propiedades físicas de la práctica. La información en él, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante la entrega de la solicitud por escrito a nuestra oficina. No estamos obligados a conceder la petición, pero nos conformaremos con cualquier petición concedida;
- Solicitud que le será permitido inspeccionar y copiar su registro sanitario y registro de facturación, usted puede ejercer este derecho mediante la entrega de la solicitud por escrito a nuestra oficina;
- Apelar una denegación de acceso a su información de salud protegida excepto en ciertas circunstancias;
- Podrá modificar su expediente médico para corregir información incompleta o incorrecta entregando una solicitud escrita a nuestra oficina;
- Presentar una declaración de desacuerdo si su enmienda se niega y requiere que la solicitud de enmienda y toda negación se realiza en todas las declaraciones futuras de su información protegida de salud
- Obtener una contabilidad de divulgaciones de su información médica según sea necesario para mantenerse en la ley mediante la entrega de una solicitud por escrito a nuestra oficina. Una contabilidad no incluirá usos internos de la información para tratamiento, pago, operaciones, divulgaciones hechas a usted o hecha en su solicitud o divulgaciones hechas a familiares o amigos en el curso de atención;
- Solicitar la comunicación de su información médica se hizo por medios alternativos o en una ubicación alternativa mediante la entrega de la solicitud por escrito a nuestra oficina;
- Revocar las autorizaciones que hiciste anteriormente para usar o divulgar información excepto para la información de la medida o acción ya ha sido tomado por entregar una revocación escrita a nuestra oficina.

Si desea ejercer alguno de los derechos antes mencionados, póngase en contacto con nuestro administrador, en persona o por escrito, durante las horas normales. S [él] le proporcionará ayuda en los pasos a seguir para ejercer sus derechos.

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

Nuestra Responsabilidad:

La práctica es necesaria para:

- Mantener la privacidad de su información médica según lo requerido por la ley;
- Le proporcionará un aviso de nuestras obligaciones y prácticas de privacidad sobre la información que recopilamos y conservamos sobre usted;
- Acatar los términos de este aviso;
- Notificarle si no podemos acomodar una restricción solicitada o solicitud;
- Dar cabida a sus peticiones razonables con respecto a métodos para comunicar información de salud con usted. Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar, o eliminar las disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y acceder a prácticas y a promulgar nuevas disposiciones respecto a la información de salud protegida que mantenemos. Si el cambio de las prácticas de nuestra información, enmendamos nuestro aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia revisada del aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "aviso" o visitando nuestra oficina y recoger una copia.

Para solicitar información o presentar una queja

Si usted tiene preguntas, desea información adicional, o desea reportar un problema sobre el manejo de su información, puede comunicarse con nuestro administrador de oficina. Además, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina mediante la entrega de la queja por escrito a nuestro administrador de oficina. También puede presentar una queja por correo o e-mail a la Secretaría de salud y servicios humanos cuya dirección de correo electrónico y dirección es: **200 Independence Ave. S.W. Washington, D.C., 20201, phone # 1-877-696-6775 (<http://HHS.gov>)**

- No podemos y no necesita renunciar el derecho a presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos (HHS) como condición para recibir el tratamiento de la práctica.
- No podemos y no tomar represalias contra usted por presentar una queja con el Secretario.

Otras revelaciones y notificación de usos:

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información médica protegida para notificar o ayudar a notificar, un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación y su general condición, o su muerte.

Comunicación con la Familia:

Usar nuestro mejor criterio, podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, cercano amigo personal o cualquier otra persona que identifique, información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o en el pago para este tipo de atención si usted no se opone o en caso de emergencia.

Administración de comida y medicinas (FDA):

Podemos divulgar a la FDA su información protegida de salud relativos a eventos adversos con respecto a productos y defectos, o comercialización información de vigilancia que permita productos retirados, reparaciones o reemplazos.

Compensación de Trabajadores:

Si usted está buscando indemnización por compensación de trabajadores, podemos divulgar su información protegida de salud en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores.

Salud Pública:

Como es requerido por la ley, podemos divulgar su información protegida de la salud a salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.

Abuso y la negligencia:

Podemos revelar su información protegida de salud a autoridades públicas como permitido por la ley de informe de abuso o negligencia.

MICHAEL DENARDIS, D.O. | MARK PALAZZOLO, D.O. | VERONICA FIGUEROA, M.D. | JAMES SORENSEN, D.O. | MICHELLE OZCAN, M.D. | SUSANNE OSBORNE, M.D.
MARGARITA OLIVARES, M.D. | DEBORAH SPIERS, D.O. | ANA BENITEZ-PRIETO, M.D. | JOSEPH STEWART, M.D. | CARHINE PIERRE-LAMBERT, M.D.
THOMAS MYLES, M.D. | AMY OSBORNE, M.D. | KANISHA SIERRA RIOS, M.D. | CARLA SHULMAN, WHNP | BRITTANY CALVANELLI, PA-C

Instituciones penitenciarias:

si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o sus agentes, su información protegida de salud necesario para su salud y la salud y la seguridad de otras personas.

Aplicación de la ley:

nos puede revelar su información protegida de salud para fines de aplicación de la ley como exige la ley, como cuando se requiera por orden judicial, o en casos de juicios de delitos graves o en la medida en un individuo está bajo la custodia de la policía.

Ley Federal de supervisión de salud:

nos permite revelar su información protegida de la salud a las agencias de supervisión sanitaria adecuada o para actividades de supervisión de salud.

Judicial/administrativo procedimientos:

podríamos divulgar su información protegida de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo como permitido o requerido por la ley, con su consentimiento, o como dirigido por una orden judicial apropiada.

Otros usos:

otros usos y revelaciones además de las señaladas en el presente aviso se hará solo como lo autorizado por la ley o con su autorización por escrito y usted puede revocar la autorización anteriormente proporcionada.