

Date: _____
 Patient Name: _____
 Medical ID Number: _____
 Physician: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

FAVOR LLENAR LOS DATOS A CONTINUACION									
NOMBRE DEL PACIENTE Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____					DIRECCION Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
CORREO ELECTRONICO			TELEFONO DE CASA		TELEFONO MOVIL			Es un iPhone <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
FECHA DE NACIMIENTO		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____			
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE				DIRECCION DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____			TELEFONO DEL EMPLEADOR		
INFORMACION DEL ASEGURADO O RESPONSABLE					RELACION CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> guardián				
NOMBRE Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____				DIRECCION (si es diferente del paciente) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____					
TELEFONO DE CASA		TELEFONO DEL TRABAJO		# SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	EMPLEADOR			
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO									
NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO			DIRECCION (al respaldo de la tarjeta del seguro médico) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____						
NUMERO DE GRUPO	NUMERO DE IDENTIFICACION		HMO <input type="checkbox"/>	PPO <input type="checkbox"/>		TELEFONO COMPANIA DE SEGURO			
NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO			DIRECCION (al respaldo de la tarjeta del seguro médico) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____						
NUMERO DE GRUPO	NUMERO DE IDENTIFICACION		HMO <input type="checkbox"/>	PPO <input type="checkbox"/>		TELEFONO COMPANIA DE SEGURO			
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA					NOMBRE DEL MEDICO QUE LO REMITIO				
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA					RELACION			NUMERO TELEFONICO	
Actualmente se encuentra hospitalizado o está inscrito en un hospicio o centro de enfermería especializada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, favor completar lo siguiente									
Nombre de la Institución: _____					Teléfono: _____				
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____			
Recibe beneficios de la Administración de Veteranos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, favor completar lo siguiente:									
Nombre de la Entidad de Administración de Veteranos: _____					Teléfono: _____				
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____			

Date: _____
Patient Name: _____
Medical ID Number: _____
Physician: _____

Cuál de las siguientes opciones describe su raza?

- | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano |
| <input type="checkbox"/> Subcontinente asiático americano | | <input type="checkbox"/> Asiático Pacífico Americano | <input type="checkbox"/> Nativo Americano |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Mas de una Raza | | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declino a informar |

Favor indique un grupo étnico que mejor describa su raza:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> Declino a informar | <input type="checkbox"/> No se |

En qué idioma se siente más cómodo al hablar sobre su atención médica?

- | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declino a informar | <input type="checkbox"/> No se | |

Con qué frecuencia usa internet para recopilar información?

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Generalmente | <input type="checkbox"/> Algunas Veces | <input type="checkbox"/> Nunca |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|

Formularios de Historia Médica

Diagnóstico de cáncer o motivo de consulta: _____

Historial Médico

(Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Alta presión / Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Anemia/problemas sanguíneos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas / dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil | <input type="checkbox"/> Psicosis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular / latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune (lupus, esclerodermia, AR, etc.) | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre o embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hiperplasia prostática benigna | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria (CAD) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, historia previa _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa (VIH, hepatitis, tuberculosis, etc.)? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Alguna vez ha recibido radioterapia? No ____ Si ____ En caso afirmativo, cuando? _____

Nombre del Médico /Entidad: _____

Dirección: _____

Qué área fue tratada? _____

Alguna vez ha recibido quimioterapia? No ____ Si ____ En caso afirmativo, cuando? _____

Nombre del Médico /Entidad: _____

Dirección: _____

Date: _____
Patient Name: _____
Medical ID Number: _____
Physician: _____

Historia Familiar

Padre: si vive, edad _____ si falleció, edad de fallecimiento: _____

Problemas Médicos _____

Madre: si vive, edad _____ si falleció, edad de fallecimiento: _____

Problemas Médicos _____

Hermanos: # de hermanas _____ # de hermanos _____

Problemas Medicos/Fallecidos _____

Hijos: # de Hijas _____ # de Hijos _____

Problemas Médicos/Fallecidos _____

Historial Social

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Nombre del cónyuge u otra persona significativa: _____

Historia Socio-Geográfica:

Donde nació? _____

Donde ha vivido la mayor parte de su vida? _____

Vive en este estado todo el año?? No Si

Si no, proporcione su dirección alternativa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación / Historial de Servicio:

Ocupación: _____ Jubilado Discapacitado, razón? _____

Ha estado en el ejercito? No Si

Que usted sepa, ¿alguna vez trabajó en una ocupación que implicara la exposición al asbesto u otras sustancias químicas cancerosas, humos o carcinógenos? No Si

En caso afirmativo, describa: _____

Historial de Sustancias:

Alguna vez ha fumado? No Si Si sí, que? Cigarrillos Cigarros Pipa

Por cuántos años? _____ Paquetes/números por día? _____

Si es así, lo ha dejado? No Si Si sí, cuándo? _____

Alguna vez ha masticado tabaco? No Si Cuanto? _____

Si es así, lo ha dejado? No Si Si sí, cuándo? _____

Toma bebidas alcohólicas?? No Si

En caso afirmativo, con qué frecuencia y cuánto? _____

Ha dejado de beber? No Si Si sí, cuándo? _____

Ha usado o usa drogas ilegales? No Si

En caso afirmativo, describa _____

Date: _____

Patient Name: _____

Medical ID Number: _____

Physician: _____

Mantenimiento Preventivo de Salud

Mujeres: Última mamografía: _____
 Última prueba de Papanicolaou: _____
 Última colonoscopia: _____
 Última prueba de densidad ósea: _____
 Última vacuna contra la neumonía: _____
 Última vacuna contra la influenza: _____

Hombres: Última Prueba de PSA: _____
 Último examen de próstata: _____
 Última colonoscopia: _____
 Última prueba de densidad ósea: _____
 Última vacuna contra la neumonía: _____
 Última vacuna contra la influenza: _____

Evaluación de Riesgos de Movilidad

1. Necesita ayuda para caminar? No Si En caso afirmativo, utiliza bastón caminador silla de ruedas?
2. Se ha caído antes o se ha lesionado debido a una caída? No Si
3. Te sientes más débil de lo que solías o tienes menos fuerza en tus brazos o piernas?? No Si
4. Ha dejado o ha evitado hacer ejercicio / actividades diarias por temor a caerse? No Si
5. Tiene úlceras en los pies, juanetes, deformaciones en los dedos o callosidades que le duelen al caminar? No Si
6. Se siente mareado cuando se levanta? No Si
7. Cuántas caídas ha tenido en los últimos 12 meses? _____
8. Sufrió alguna lesión por sus caídas?? No Si En caso afirmativo, explíquelo: _____

Solo para Mujeres

1. Edad al primer período menstrual: _____
2. Todavía tiene períodos? No Si
3. Fecha o edad del último período menstrual: _____
4. Edad al primer embarazo: _____
5. Número de embarazos: _____
6. Número de nacimientos: _____
7. Amamanto? No Si
8. Alguna vez ha tomado terapia de reemplazo hormonal? No Si
9. En caso afirmativo, cuántos años? _____

Evaluación del Dolor

Tiene dolor ahora? No Si En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas.

Dónde se encuentra su dolor? _____

En escala de 1a10, con 1 siendo muy leve y 10 siendo el peor dolor imaginable, qué número es su dolor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cómo describiría el dolor? (por ejemplo, dolor, punzante, ardor, palpitante, agudo) _____

Cuando comenzó su dolor? _____

Hay algo que lo haga mejor o peor? _____

Está tomando analgésicos? No Si Si sí, que? _____

Revisión de Sistemas

Ha experimentado recientemente alguno de estos síntomas? Por favor seleccione todas las respuestas válidas

General

- Fiebre / escalofríos
- Fatiga
- Perdida/ganancia de peso _____ lbs.

Ojos y visión

- Gafas / lentes de contacto
- Enfermedad o lesión ocular
- Dolor o presión en los ojos
- Visión borrosa o doble

Orejas, nariz, garganta

- Perdida de la audición
- Zumbidos en los oídos
- Dolor de oído o drenaje
- Problemas sinusales
- Sangrado de nariz
- Problemas dentales
- Dentadura postiza
- Úlceras en la boca
- Dolor de garganta
- Dificultad / dolor al tragar
- Ronquera o cambio de voz
- Glándulas inflamadas en el cuello.

Corazón/Cardiovascular

- Dolor de Pecho
- Palpitaciones de Corazón
- Mareo
- Piernas / tobillos hinchados

Respiratorio

- Tos frecuente
- Escupiendo sangre
- Sibilancia o asma
- Dificultad para respirar

Endocrino

- Pérdida/debilitamiento de cabello
- Intolerancia al calor / frío
- Sed excesiva

Gastrointestinal

- Perdida del apetito
- Nausea o Vomito
- Dolor de estomago
- Diarrea frecuente
- Constipación
- Sangre en las heces

Genitourinario

- Evacuación urinaria frecuente
- Ardor o dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Incontinencia o goteo
- Urgencia
- Flujo vaginal
- Períodos dolorosos / irregulares
- Dificultad sexual

Psiquiátrico

- Depresión
- Ansiedad / Nerviosismo
- Trastornos del sueño
- Pensamientos suicidas

Hematología / Linfático

- Salen hematomas o sangra fácilmente
- Anemia
- Lento para sanar
- Historial de transfusión

Musculoesquelético

- Dolor o rigidez en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Dolor muscular o calambres
- Brazos o piernas frías
- Dificultad para caminar

Piel y Seno

- Sarpullido o picazón
- Lesión o cambio en el color de la piel
- Masa mamaria / bulto
- Secreción / retracción del pezón
- Herida abierta o no cicatrizante

Neurológico

- Dolor de cabeza frecuente
- Vértigo o Mareado
- Confusión
- Dificultad para hablar
- Actividad convulsiva
- Entumecimiento u hormigueo
- Debilidad en brazos o piernas

Date: _____
Patient Name: _____
Medical ID Number: _____
Physician: _____

Directivas Anticipadas:

Tiene un Poder Legal Médico: Si No

Tiene un Testamento en Vida: Si No

Tiene una Directiva Anticipada? Si No

Tiene una tarjeta de donante? Si No

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores. Favor proporcione una copia del documento.

Enumere los nombres y las direcciones de los médicos a los que desea que le enviemos la correspondencia:

Nombre del médico y teléfono

Nombre del médico y teléfono

Nombre del médico y teléfono

Nombre del médico y teléfono

Como paciente usted reconoce que, al completar este formulario, constituye el resumen completo de su historial clínico.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma de la Enfermera _____ Fecha _____

Firma del Medico _____ Fecha _____

Date: _____
Patient Name: _____
Medical ID Number: _____
Physician: _____

Asignación de Beneficios

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados son responsabilidad del paciente y deben pagarse al momento del servicio; A menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con nuestra oficina comercial. Deberán completarse los formularios necesarios para presentar los pagos de la aseguradora.

Asignación de Beneficios

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluyendo los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Igualmente autorizo y ordeno a mi (s) compañía (s) de seguros, incluidos Medicare, seguro privado y cualquier otro plan médico / de salud, a emitir cheques de pago directamente a Advocate Radiation Oncology LLC por los servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para Divulgación de Información

Por la presente autorizo a Advocate Radiation Oncology LLC a: (1) divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar los reclamos de seguro generados en el curso del examen o tratamiento; y (3) permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro. Esta orden permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

He solicitado servicios médicos de Advocate Radiation Oncology LLC en nombre mío y / o de mis dependientes, y entiendo que, al hacer esta solicitud, soy completamente responsable financieramente de todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Además, entiendo que las tarifas deben pagarse en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de este documento se considerará tan válido como el original

Firma del paciente / responsable_____
Fecha_____
Testigo_____
Fecha

Formulario de Autorización de HIPAA para la Divulgación de Información del Paciente

ACERCA DE ESTE AVISO

Entendemos que la información sobre su salud es personal y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en Advocate Radiation Oncology. Necesitamos este registro para brindarle atención (tratamiento), para el pago de la atención brindada, por operaciones de atención médica y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información de salud. La ley nos exige que cumplamos con los términos de este Aviso que está actualmente vigente.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 S160.103, también conocida como HIPAA, define la información de salud personal individual (PHI) como información, incluida la información demográfica recopilada de un individuo e incluye información que es:

1. Creado o recibido por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de compensación de atención médica.
2. Relacionado con la salud física, mental pasada, presente o futura y / o la condición de un pago pasado, presente o futuro de un individuo por la prestación de atención médica al individuo.
3. La información, por lo tanto, que identifica a un individuo o proporciona una base razonable para creer que la información puede usarse para identificar al individuo.

La información de salud personal (PHI) solo puede divulgarse mediante una autorización (S164.502) y ser utilizada por un proveedor de atención médica de las siguientes maneras:

1. Para tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud personal (PHI) para brindarle tratamiento o servicios médicos y para administrar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, su PHI se puede proporcionar a un médico u otro proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) a quien se le haya referido para asegurarse de que el médico u otro proveedor de atención médica tenga la información necesaria para diagnosticarlo, tratarlo, o brindarle un servicio.
 2. Para el pago: podemos usar y divulgar su PHI para poder facturar el tratamiento y los servicios que recibe de nosotros y podemos cobrarle a usted, a un plan de salud o a un tercero. Este uso y divulgación pueden incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de que apruebe o pague los servicios de atención médica que le recomendamos, como tomar una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le brindan para fines de necesidad médica y llevar a cabo actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, es posible que necesitemos brindarle información a su plan de salud sobre su tratamiento para que su plan de salud acepte pagar dicho tratamiento
 3. Para operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar PHI para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, para revisar internamente la calidad del tratamiento y los servicios que recibe y para evaluar el desempeño de los miembros de nuestro equipo en su atención. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos médicos, estudiantes de medicina y otro personal autorizado con fines educativos y de aprendizaje.
2. Uso o divulgación a un representante personal asignado por el paciente.
 3. Divulgación a los padres o personas que actúan en lugar del padre o madre del menor no emancipado.
 4. Para la administración de casos, la coordinación de la atención para el individuo, para dirigir o recomendar tratamientos o terapias alternas, proveedores de atención médica o venta de atención médica.

Date: _____

Patient Name: _____

Medical ID Number: _____

Physician: _____

Yo _____ soy paciente de Advocate Radiation Oncology LLC y entiendo que debo informar a la entidad acerca de las personas a las que pueden divulgar mi información médica. Estas personas asignadas pueden ser cambiadas por mí en cualquier momento. Esta divulgación entra en vigencia en la fecha en que se firma y continuará hasta que sea cancelada, modificada, alterada o enmendada por mí o por mi representante legal designado. Esta entidad me ha notificado que tienen una lista de todas las personas y agencias o pagadores a quienes se puede divulgar mi información médica durante el curso de cualquier tratamiento médico en esta instalación.

HE LEÍDO EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN AUTORIZADA Y LO ENTIENDO.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones con base en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte divulgadora correspondiente.

Entiendo que el uso y divulgaciones que ya se han realizado en base a mi permiso original no se pueden retirar.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información médica para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma _____ Fecha _____ Firma de un Testigo _____

Si la persona no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:

_____ Nombre del Tutor/ Representante	_____ Relación Legal	_____ Fecha	_____ Testigo
---	-------------------------	----------------	------------------

Por la presente autorizo a las siguientes personas a acceder a mi información médica en cualquier momento:

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de un Testigo: _____ Fecha: _____

Date: _____
 Patient Name: _____
 Medical ID Number: _____
 Physician: _____

Formulario de Divulgación de Registros Médicos

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

1. Autorizo el uso o divulgación de la información médica de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación:
2. La siguiente persona u organización está autorizada para hacer la divulgación.:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará es la siguiente: (incluya las fechas cuando corresponda).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros médicos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio / informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Dosimetría / Física | <input type="checkbox"/> Seguimiento |
| <input type="checkbox"/> Otro (favor especifique) _____ | |

4. Entiendo que la información en mis registros médicos puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o temperamental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

5. Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización.

Nombre: **Advocate Radiation Oncology LLC**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Port Charlotte
3080 Harbor Blvd.
Port Charlotte, FL 33952
Tel: (941) 883-2199
Fax: (941) 979-5041 | <input type="checkbox"/> Fort Myers
15681 New Hampshire Ct.
Fort Myers, FL 33908
Tel: (239) 437-1977
Fax: (239) 437-1889 | <input type="checkbox"/> Cape Coral
909 Del Prado Blvd. S
Cape Coral, FL 33990
Tel: (239) 217-8070
Fax: (239) 217-8069 |
|--|--|--|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tamarac
7850 N. University Dr.
Tamarac, FL 33321
Tel: (754) 205-0099
Fax: (954) 388-5849 | <input type="checkbox"/> Bonita Springs
25243 Elementary Way
Bonita Springs, FL 34135
Tel: (239) 317-2772
Fax: (239) 676-7637 |
|---|---|

Con el propósito de: _____

Date: _____
Patient Name: _____
Medical ID Number: _____
Physician: _____

6. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque de otra manera, **esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:**

7. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en un año. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar a un representante de la clínica en cualquiera de las oficinas de Advocate Radiation Oncology.

Firma del paciente o representante legal

Nombre impreso del representante y relación con el paciente

Fecha

TENGA EN CUENTA: Esta información le ha sido revelada a usted de registros confidenciales protegidos contra la divulgación por las leyes estatales y federales. No se debe realizar ninguna divulgación adicional de esta información sin una divulgación específica, por escrito e informada de la persona a la que pertenece o según lo permita la ley estatal y federal.