

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

**Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI**  
**Dr. Robert Potorski, MD, FACC**  
**Dr. Bipul Roy, MD, FACC**  
**Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC**  
**Dr. Samer Siouffi, MD, FACC**  
**Dr. Robby R. Singh, MD**

## Formulario de Registración

Día de Hoy:		Doctor Primario:			
<b>Información del paciente</b>					
Apellido del Paciente:		Nombre :		2nd Nombre:	
		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.		<input type="checkbox"/> Sto. <input type="checkbox"/> Sta.	
Estado Civil (circule uno) Soltero (a)/ Casado (a)/ Div/ Sep/ viu					
Ese es tu nombre Legal:		Sino Cual es:		Fecha de Nacimiento:	
				/ /	
				Edad:	
				Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Dirección:			Número de Seguro Social:		Numero de Teléfono:
P.O.Box:		Ciudad:		Estado:	
				Código Postal:	
Ocupación:		Empleador:		Empleador Número de Teléfono:	
Usted fue Referido por ( favor de marcar una Opción)			<input type="checkbox"/> Dr.:		<input type="checkbox"/> Seguro:
					<input type="checkbox"/> Hospital:
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo (a)		<input type="checkbox"/> Cerca de casa o trabajo	
				<input type="checkbox"/> Paginas amarillas	
				<input type="checkbox"/> Otros	
<b>Información del Seguro</b>					
(Por Favor entregué la Tarjeta del Seguro a la Recepcionista.)					
Persona Responsable del pago:		Fecha de Nacimiento:		Dirección (si es diferente):	
Numero de Teléfono:					
Esta Persona es Paciente Aquí: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:		Empleador:		Empleador Dirección:	
Empleador Teléfono:					
Esta Persona está cubierta por el Seguro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Por Favor Indique Seguro Primario		<input type="checkbox"/> BCBS		<input type="checkbox"/> Aetna	
				<input type="checkbox"/> United Health	
				<input type="checkbox"/> Humana	
				<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> Optimum		<input type="checkbox"/> Care plus		<input type="checkbox"/> Freedom	
				<input type="checkbox"/> Otro	
				<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del Asegurado:		S.S.# Del Asegurado:		Fecha de Nacimiento:	
				Número de Grupo:	
				Número de Póliza:	
				Co-Pago:	
Relación del paciente con el Asegurado		<input type="checkbox"/> Propio		<input type="checkbox"/> Esposo (a)	
				<input type="checkbox"/> Hijo	
				<input type="checkbox"/> Otro:	
Nombre del Seguro Secundario (si aplica):		Nombre del Asegurado:		Número de Grupo:	
				Número de Póliza:	
Relación del paciente con el Asegurado		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Esposo (a)	
				<input type="checkbox"/> Hijo	
				<input type="checkbox"/> Otro:	

La información antes mencionada es verdadera en lo mejor de mis conocimientos. Yo autorizó que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Yo También autorizó a [Nombre de la oficina o compañía de seguro] a dar cualquier información que se requiera para procesar mis reclamos.

Paciente/Firma del Guardián: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_.

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

**Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI**

**Dr. Robert Potorski, MD, FACC**

**Dr. Bipul Roy, MD, FACC**

**Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC**

**Dr. Samer Siouffi, MD, FACC**

**Dr. Robby R. Singh, MD**

## Historia Del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Medico que lo refirió: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

### Síntomas cardiovasculares actuales

Dolor de pecho o Angina..... S/N  
Palpitaciones (el corazón bombea fuerte).....S/N  
Falta de aire (caminando/acostado recto).....S/N  
Inflamación de manos, tobillos o pies.....S/N  
Mareado (a), desmayarse, mareo.....S/N  
Dolor en los pies cuando camina.....S/N

### Historial Médico

Alguna Vez le han dicho que usted tiene  
Diabetes..... S/N  
Presión alta..... S/N  
Cáncer..... S/N  
Isquemia/Mini-Isquemia/ATI..... S/N  
Ataque al corazón/Angina.....S/N  
Problemas con los riñones.....S/N  
Arthritis/Gotha..... S/N  
Convulsiones/Epilepsia.....S/N  
Tendencia al sangramiento.....S/N  
Infecciones serias..... S/N  
Problemas de los pulmones/Asma.....S/N  
Soplo en el corazón/enfermedad valvular.....S/N

### Medicamentos (que toma actualmente)

Nombre del medicamento	Miligramos	Cada cuanto	Nombre del medicamento	Miligramos	Cada cuanto
1		7			
2		8			
3		9			
4		10			
5		11			
6		12			

### Historia Social

Uso del Tabaco Nunca / Dejo de fumar en \_\_\_\_\_. Actual: Cigarro /Pipa/Cigarrete Cantidad: \_\_\_\_\_.  
Uso de Alcohol Nunca / Moderado/Diario Cantidad: \_\_\_\_\_.  
Uso de drogas Nunca / Tipo de droga: \_\_\_\_\_ Con qué Frecuencia: \_\_\_\_\_.  
Uso de cafeína Nunca / Moderado/Diario Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_.  
Ejercicio Nunca / Moderado/Diario Tipo: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_.

### Historia Familiar

#### Edad

#### Enfermedad

#### Si Murió, Causa de muerte

Padre \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_  
Hermano (a) \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
Hijo \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_

### Alergias/inmunológico

Penicilina u otro antibiótico..... S/N  
Morphina, demerol o otros narcóticos..... S/N  
Aspirina o otros med para el dolor..... S/N  
Yodo, methiolate, o pescado.....S/N  
Drogas/Medicaciones: \_\_\_\_\_

### Previas hosp, cardio/cateterizacion del Corazón/Ataque al corazón/cirugías.

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
**Cardiov.tests diag. /echocardiograma/Prueba de Efuerzo /Holter Monitor/Otros.**  
\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

## Autorización Para Revelar Información Médica

Yo, \_\_\_\_\_ F.D.N: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_

Otorgo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Autorizo a Revelar mi Información Confidencial acerca de mi historial médico a:

### Southshore Cardiovascular Associates

425 S. Kings Ave. Brandon, FL. 33511 Ph. 813-661-6199 Fax. 813-661-6334	13127 Vail Ridge Dr. Riverview, FL. 33579 Ph. 813-677-9200 Fax. 813-677-9224	14525 Bruce B Downs Blvd Tampa, FL. 33613 (BLDG #5) Ph. 813-988-2754 Fax. 813-512-8616	4051 Upper Creek Dr. #110 Sun City Center, FL. 33573 Ph. 813-358-7200 Fax. 813-260-3672
--	---	---	--

Por favor mandar todos los documentos incluyendo: Cardio cate, ECG, H&P, Alta Médica, Consulta de cardiología, Lab, Echo, Prueba de esfuerzo, reporte de op, CTA,U/S arterial, U/S de la carótida, consultas de Dr. Singh y Dr. Leche , Notas de la oficina, y reporte de la emergencia.

Comentarios:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

## Autorización Para Revelar Información Médica

Yo, \_\_\_\_\_ F.D.N: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

### Southshore Cardiovascular Associates

425 S. Kings Ave. Brandon, FL. 33511 Ph. 813-661-6199 Fax. 813-661-6334	13127 Vail Ridge Dr. Riverview, FL. 33579 Ph. 813-677-9200 Fax. 813-677-9224	14525 Bruce B Downs Blvd Tampa, FL. 33613 (BLDG #5) Ph. 813-988-2754 Fax. 813-512-8616	4051 Upper Creek Dr. #110 Sun City Center, FL. 33573 Ph. 813-358-7200 Fax. 813-260-3672
--	---	---	--

Autorización para revelar información confidencial acerca de historial médico e información de salud a los siguientes individuales/Miembros de familia:

Nombre	F.D.N	# Telefónico	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **En Caso de Emergencia**

\_\_\_\_\_  
Nombre de amigo local o Pariente  
(No viviendo en la misma dirección)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_  
Relación

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

## Aviso de prácticas de privacidad

He recibido, leído y comprendido el **Aviso de Prácticas de Privacidad** para Southshore Cardiovascular Associates que han sido proporcionados a mí por Southshore Cardiovascular Associates. Yo entiendo que si tengo alguna pregunta Puedo llamar a la oficina de privacidad con respecto a mis preocupaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

## **Aviso De Practicas De Privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

**Si tiene alguna pregunta sobre este aviso por favor contacte a nuestra oficial de privacidad quien es Jennifer Bocchiaro**

Este Aviso de Practicas de Privacidad describe como nosotros podemos usar y revelar su información medica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o operaciones de atención medica y por otros propósitos q son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información medica protegida. "Información medica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que pueda identificarlo(a) a usted y que se refiere a su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y servicios de atención medica relacionados.

A nosotros nos exigen cumplir con los términos de este Aviso de Practicas de Privacidad. Nosotros podemos cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información medica protegida que mantenemos en ese momento. A su solicitud, nosotros le proporcionaremos cualquier Aviso de Practicas de Privacidad que haya sido cambiado. Usted puede solicitar una versión revisada en nuestra pagina web, llamar a la oficina solicitando que una copia revisada sea enviada a usted a su correo o pedir una el día de su próxima sita.

### **1. Uso y divulgación de información de salud protegida**

Su información medica protegida puede ser usada y revelada por su medico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina q están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de salud. Su información medica protegida también puede ser usada y revelada para pagar sus facturas de atención medica y para apoyar la operación de las prácticas de su médico.

**Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y revelaciones de su información medica protegida**

**que el consultorio de su médico está autorizado a realizar. Estos ejemplos no pretenden ser**

**exhaustivos, sino describir los tipos de usos y revelaciones que pueden ser hechos por nuestra oficina.**

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

**Tratamiento:** Nosotros usaremos y revelaremos su información medica protegida para proporcionar, coordinar, o gestionar su atención medica y servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención medica con otro proveedor. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información medica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar q le proporciona atención a usted. Nosotros también revelaremos información medica protegida a otros médicos que puedan estar dándole tratamiento a usted. Por ejemplo, su información medica protegida puede ser proporcionada a un medico al cual usted a sido referido para asegurar q el medico tenga la información necesaria para diagnosticar o dar tratamiento. Además, nosotros podemos revelar su información medica protegida de vez en cuando a otro medico o proveedor de atención medica (Por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a la solicitud de su medico, se ve envuelto en su cuidado, proporcionando asistencia con su diagnóstico médico o tratamiento con su médico.

**Pago:** Su información medica protegida será usada y revelada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención medica proporcionados por nosotros u otro proveedor. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro medico puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar por los servicios de atención medica que nosotros le recomendamos a usted tales como: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios de seguro, revisar los servicios proporcionados a usted por necesidad médica, y realizar las actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información médica protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

**Operaciones de Atención Medica:** Nosotros podemos usar o revelar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, las actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciamiento, actividades de recaudación de fondos, y realización o planificación de otras actividades empresariales.

Compartiremos su información de salud con terceros "asociados de negocios" que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o de transcripción) para nuestra práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un asociado de negocios implique el uso o revelación de su información de salud protegida tendremos un contrato por escrito que contenga los términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Usted puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que estos materiales no sean enviados a usted.

Podemos usar o divulgar su información demográfica y las fechas en que recibió tratamiento de su médico, en caso necesario, con el fin de ponerse en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos apoyados por nuestra oficina. Si usted no quiere recibir estos materiales, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad y solicite que estos materiales de recaudación de fondos no sean enviadas a usted.

## **Otros usos y revelaciones permitidos y requeridos que se pueden realizar sin su autorización u oportunidad de aceptar u objetar.**

Nosotros podemos usar o revelar su información medica protegida en las situaciones siguientes sin su autorización o sin proporcionarle la oportunidad de aceptar o objetar. Estas situaciones incluyen:

**Requeridas Por la Ley:** Nosotros podemos usar o revelar su información medica protegida al grado que el uso o la revelación sea requerido por la ley. El uso o revelación será hecho en cumplimiento con la ley y será limitado a los requerimientos pertinentes de la ley. Usted será notificado, si es requerido por la ley, de cualquier tal uso o revelación.

**Salud Publica:** Nosotros podemos revelar su información medica protegida para actividades y propósitos de salud publica a una autoridad de salud publica que esta permitida por la ley a recaudar o recibir la información. Por ejemplo, una revelación puede ser echa con el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad.

**Enfermedades Trasmisibles:** Nosotros podemos revelar su información medica protegida, si es autorizado por la ley, a una persona que pudo ser expuesta a una enfermedad trasmisible o de otra manera estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.

**Vigilancia de Salud:** Nosotros podemos revelar su información medica protegida a una agencia de vigilancia de salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorias, investigaciones, y inspecciones. Agencias de vigilancia solicitando esta información incluyen agencias de gobierno que supervisan el sistema de atención medica, programas de beneficios del gobierno, otros programas regulatorios del gobierno y leyes de derechos civiles.



# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

**Abuso o Negligencia:** Nosotros podemos revelar su información medica protegida a una autoridad de salud publica que este autorizada por la ley a recibir reportes de abuso infantil o negligencia. Además, nosotros podemos revelar su información medica protegida si creemos que usted a sido una victima de abuso, negligencia, o violencia domestica a una entidad gubernamental o agencia autorizada a recibir tal información. En este caso, la revelación será echa consistente con los requerimiento de leyes estatales y federales aplicables.

**Administración de Comida y Drogas:** Nosotros podemos revelar su información medica protegida a una persona o compañía requerida por la administración de comida y drogas con el propósito de cualidad, seguridad, o efectividad de productos o actividades regulados por la ACD incluyendo, para reportar eventos adversos, defectos o problemas del producto, desviaciones biológicas del producto, para seguir productos; para permitir la retirada de productos; para hacer reparos o remplazos, o para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.

**Procedimientos Legales:** Nosotros podemos revelar información medica protegida en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, a respuesta de una orden de la corte o tribunal administrativo (en la medida tales revelaciones se autorizan expresamente), o en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso de la ley.

**Aplicación de la Ley:** Nosotros podemos revelar información medica protegida, con tal que los requerimientos legales aplicables sean cumplidos, para propósitos de la aplicación de la ley. Estos propósitos de la aplicación de la ley incluyen (1) procesos legales y de otra manera requeridos por la ley, (2) solicitudes de información limitada y propósitos de localización, (3) pertinentes a victimas de un crimen, (4) sospecha que una muerte ha ocurrido como resultado de una conducta criminal, (5) en el evento que un crimen ocurra en las instalaciones de nuestra practica, y (6) emergencia medica (no en los locales de nuestra practica) y que sea probable que un crimen a ocurrido.

**Médicos Forenses, Directores de Funerarias y Donación de Órganos:** Nosotros podemos revelar información medica protegida a un medico forense o examinador medico con el propósito de identificación, determinando la cause de muerte o para que el medico forense o examinador medico realice otras funciones autorizadas por la ley. También podemos revelar información médica protegida a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, con el fin de permitir que el director de la funeraria lleve a cabo sus funciones. Podemos revelar tal información en anticipación razonable de muerte. Podemos revelar tal información en anticipación razonable de muerte. Información protegida de salud puede ser usada y revelada para la donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.

**Investigación:** Nosotros podemos revelar su información medica protegida a investigadores cuando su investigación a sido aprobada por una junta de revisión institucional que a evaluado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información medica protegida.

# **SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES**

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

**Actividades Criminales:** De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos revelar su información de salud protegida, si creemos que el uso o la revelación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público. También podemos revelar su información médica protegida si es necesario para las autoridades policiales para identificar o aprehender a un individuo.

**Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Cuando las condiciones apropiadas son aplicadas, podemos usar

o revelar la información médica protegida de las personas que son miembros de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que se consideren necesarias por las autoridades militares apropiadas; (2) con el propósito de una determinación por el Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para recibir beneficios, o (3) a la autoridad militar extranjera si usted es miembro de esos servicios militares extranjeros. También podemos revelar su información de salud protegida para oficiales federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia y seguridad nacional, incluyendo la disposición de servicios de protección al Presidente u otros legalmente autorizados.

**Compensación al Trabajador:** Nosotros podemos revelar su información médica protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y otros programas similares legalmente establecidos.

**Reclusos:** Nosotros podemos usar o revelar su información médica protegida si usted es un recluso de una institución correccional y su médico creó o recibió su información médica protegida en el transcurso de proporcionarle atención médica a usted.

## **Usos y Revelación de Información Médica Protegida Conforme a Su Autorización por Escrito.**

Otros usos y revelaciones de su información médica protegida se harán sólo con su autorización por escrito, a menos que sea permitido o requerido por la ley de otra manera como se describe a continuación. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o revelar su información médica protegida para las razones incluidas en su autorización por escrito. Por favor entienda que no podemos retirar ninguna revelación ya hechas con su autorización.

## **Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos que Requieren que le Proporcionen a usted la oportunidad de aceptar u objetar**

Podemos utilizar y revelar su información médica protegida en las siguientes instancias. Usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o revelación de toda o parte de su información médica protegida. Si usted no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o revelación de la información

# SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

médica protegida, su médico puede, con criterio profesional, determinar si la revelación es en su mejor interés.

**Directorios de Instalaciones:** A menos que usted Objete, vamos a utilizar y revelar en nuestro directorio de instalación su nombre, el lugar en el que usted está recibiendo atención médica, su condición general (tales Como regular o estable), y su afiliación religiosa. Toda esta información, excepto su afiliación religiosa, se dará a conocer a las personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa sólo será dada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino.

**Otras Personas Involucradas en su Atención Médica o en el Pago de su Cuidado:** A menos que usted objete, podemos revelar a un miembro de su familia, pariente, amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente a la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional. Podemos usar o revelar información médica protegida para notificar o asistir a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de la atención de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o revelar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para asistir en los esfuerzos de alivio de desastres y para coordinar usos y revelaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

## 2. **Sus Derechos**

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

**Usted Tiene el Derecho de Inspeccionar y Copiar su Información Médica Protegida.** Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida acerca de usted o estatal. Podemos cobrarle una cuota razonable por obtener una copia de sus registros durante el tiempo que lo mantengamos como información médica protegida. Puede obtener sus registros médicos que contienen registros médicos, de facturación y cualquier otro registro que su médico y la práctica utiliza para tomar decisiones acerca de usted. Según lo permitido por la ley federal

Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo; y los resultados de laboratorio que están sujetos a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida. Dependiendo de las circunstancias, una decisión de negar acceso puede ser revisada. En algunas circunstancias, es posible que tenga derecho a

# **SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES**

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC FSCAI  
Dr. Robert Potorski, MD, FACC  
Dr. Bipul Roy, MD, FACC  
Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC  
Dr. Samer Siouffi, MD, FACC  
Dr. Robby R. Singh, MD.

que se revise esta decisión. Por favor contacte a nuestro oficial de privacidad y si tienes preguntas acerca del acceso de sus registros médicos.

**Usted Tiene el Derecho a Solicitar una Restricción de su Información Médica Protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos no utilizar o revelar cualquier parte de su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted también puede pedir que cualquier parte de su información médica protegida no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como es descrito en este aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si su médico está de acuerdo con la solicitud de restricción, no podemos usar o revelar su información médica protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proveer tratamiento de emergencia. Con esto en mente, por favor discuta cualquier restricción que desee solicitar a su médico. Usted puede solicitar una restricción por [describe cómo el paciente puede obtener una restricción].

**Usted Tiene el Derecho de Solicitar Para Recibir Comunicación Confidencial de Nosotros por Medios Alternativos o en una Ubicación Alternativa.** Vamos a acomodar su petición razonable. También Podemos condicionar está pidiéndole a usted información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No vamos a pedir una explicación de usted en cuanto a la base de la solicitud. Por favor haga esta solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad.

**Usted Tiene el Derecho de Obtener una Copia Impresa de Este Aviso de Nosotros,** previa solicitud, incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente.

### **3. QUEJAS**

**Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro oficial de privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Usted puede contactar a Nustra Oficial De privacidad, **Jennifer Bocchiaro** al (813)0661S 6199 o en [Info@southshorecardio.org](mailto:Info@southshorecardio.org) para mas información sobre el proceso de quejas.

# **SOUTHSHORE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES**

Dr. Harshinder Singh, MD, FACC  
FSCAI

Dr. Robert Potorski, MD, FACC

Dr. Bipul Roy, MD, FACC

Dr. Juan Pablo Cordova, MD, FACC

Dr. Samer Siouffi, MD, FACC

Dr. Robby R. Singh, MD.