



Estimado paciente:

Bienvenido y gracias por elegir Capital Digestive Care.

El paquete adjunto contiene información importante para su próxima cita y también nuestros formularios de registro de pacientes nuevos. Para estar preparado para su cita, revise esta información cuidadosamente y traiga la información solicitada el día de su cita.

Es muy importante traer lo siguiente a cada visita:

- ✓ Formularios de información del paciente completados, formularios de la historia clínica del paciente y aviso de prácticas de privacidad firmado (incluido en este paquete).
- ✓ Tarjetas de seguro y remisión de seguro, si corresponde.
- ✓ Identificación con foto (por ejemplo, una licencia de conducir).
- ✓ Cualquier resultado reciente de laboratorio (análisis de sangre) relacionado con su visita con nosotros.
- ✓ Cualquier resultado reciente de radiología relacionado con su visita con nosotros (por ejemplo, pruebas de la porción alta del tubo digestivo, enema opaco, tomografía computarizada o resultados de ecografías).
- ✓ Una lista de sus medicamentos actuales con información sobre la dosis y la qué frecuencia con que los toma.
- ✓ Para los pacientes inscritos en planes de una organización de mantenimiento de la salud (HMO), puede ser necesaria una derivación de su médico de atención primaria. Consulte con su proveedor de seguro para verificar los requisitos de su plan.
- ✓ Copago, si corresponde. Tenga en cuenta que el pago se debe realizar en el momento del servicio.

Si lo han derivado debido a un resultado anormal de laboratorio/radiología, es indispensable que tengamos una copia de estos resultados para que podamos completar su consulta sin tener que repetir las pruebas.

Proporcionar la información anterior el día de su cita nos permitirá atenderlo de la manera más rápida, precisa y eficiente.

Gracias por permitirnos participar en su atención médica. Esperamos verlo pronto.

* Capital Digestive Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Información del paciente

Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Inicial del segundo nombre del paciente:
Nombre preferido:	Género:	Fecha de nacimiento:
Raza: ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático-americano ☐ Indio o nativo de Alaska ☐ Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico ☐ Otra raza		
Origen étnico: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Se niega a especificar		
Dirección del paciente:		Ciudad:
Estado, código postal:	Teléfono:	Teléfono móvil:
Dirección de correo electrónico:		
Contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia:	Haga un círculo: Casa / Móvil / Trabajo
Médico de atención primaria:	Representante legal si el paciente es menor de edad o si es necesario por otras razones:	
Médico que hace la derivación:	Idioma preferido del paciente:	

Cobertura de seguro primario:

Aseguradora:	Número de identificación de póliza:
Teléfono de la aseguradora:	Identificación/nombre del grupo:
Dirección de reclamos:	Identificación/nombre del plan:
Ciudad, estado, código postal:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Nombre del suscriptor:	Relación del paciente con el suscriptor:
Género del suscriptor: M ☐ F ☐	Empleador del suscriptor:

Cobertura de seguro secundario:

Aseguradora:	Número de identificación de póliza:
Teléfono de la aseguradora:	Identificación/nombre del grupo:
Dirección de reclamos:	Identificación/nombre del plan:
Ciudad, estado, código postal:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Nombre del suscriptor:	Relación del paciente con el suscriptor:
Género del suscriptor: M ☐ F ☐	Empleador del suscriptor:

La información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Pagaré esos saldos pendientes en el plazo de los 20 días posteriores a la recepción de un estado de cuenta. Si las cobranzas se vuelven necesarias, seré responsable de cualquier costo incurrido.

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE LA CATEGORÍA DE FACTURACIÓN

Durante el curso de su evaluación y tratamiento, es posible que haya médicos y profesionales fuera de Capital Digestive Care que estén involucrados en su atención. Después de un procedimiento, como una endoscopia o colonoscopia, por lo general se recibe una factura por los servicios del médico, los servicios de anestesia, los servicios de patología (si se realizó una biopsia) y las tarifas de los centros. **Cada entidad facturará por separado por los servicios prestados.** Usted es libre de utilizar cualquier centro o proveedor de atención médica de su elección, sujeto a las restricciones de la afiliación de su médico o las restricciones que puedan existir bajo su cobertura de seguro de salud. Los pacientes deben consultar con su proveedor de seguro de salud si tienen alguna pregunta o inquietud sobre su cobertura.

Organizaciones afiliadas a Capital Digestive Care:

Facturación médica de Maryland, DC y Virginia	Facturación de centros de Maryland y DC (uno de los siguientes)	Facturación de anestesia de Maryland y DC (uno de los siguientes)	Maryland, DC y Virginia Facturación de patología
CAPITAL DIGESTIVE CARE, LLC	AMBULATORY ENDOSCOPY CENTER OF MARYLAND	CORRIDOR ANESTHESIA, LLC	CAPITAL DIGESTIVE CARE PATHOLOGY LABORATORY, LLC
	BETHESDA ENDOSCOPY CENTER ENDOSCOPY CENTER OF WASHINGTON, DC ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE OF MD ENDOSCOPIC SURGICAL CENTRE OF MD—NORTE FALLSGROVE ENDOSCOPY CENTER FRIENDSHIP HEIGHTS ENDOSCOPY CENTER SOUTHERN MARYLAND ENDOSCOPY CENTER	CAPITAL ANESTHESIA PARTNERS, LLC	
	GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY ASSOCIATES, LLC (GIEA)	MONTGOMERY ANESTHESIA CARE, LLC	
	URBANA GI ENDOSCOPY CENTER	MARKED ANESTHESIA, LLC MARYLAND ANESTHESIA PARTNERS (MAP) MARCOS FALTAMO, CRNA PC	

1. Entiendo que las compañías mencionadas divulgarán mi información médica personal (PHI) solo con fines relacionados con el seguro y el tratamiento. Permito la divulgación de toda la PHI necesaria para el pago y el tratamiento de mi problema de salud específico.
2. Por la presente le asigno a usted, mi médico, todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho, lo que incluye Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de seguro.
3. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por dicha compañía de seguros, lo que incluye los deducibles, los copagos y el coaseguro, y que los copagos deben pagarse al momento de recibir los servicios.
4. Entiendo que mi proveedor puede solicitar pruebas de diagnóstico de laboratorio para ser realizadas por el laboratorio de Capital Digestive Care. Entiendo que mi compañía de seguros puede o no proporcionar cobertura para estudios de laboratorio y que estas reglas son específicas de la compañía. Al proceder con las pruebas de diagnóstico solicitadas por mi proveedor, reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros, incluidos los deducibles, los copagos, el coaseguro, y mis cargos o servicios considerados no cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Autorización de divulgación de información médica

Capital Digestive Care se dedica a mantener la privacidad de su información médica protegida. Las leyes federales y estatales garantizan la privacidad de su historia clínica, su disponibilidad para usted y derechos específicos con respecto a su historia clínica. Además de su autorización, podemos usar o divulgar su información médica de acuerdo con la ley en ciertas circunstancias. Consulte nuestro aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) completo para todos los posibles usos y divulgaciones generales.

COMPRENDO MIS DERECHOS A:

Revocar o cambiar la autorización a continuación en cualquier momento. (Tenga en cuenta que la revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se ha divulgado, pero será efectiva a partir del aviso de revocación). También puedo inspeccionar o copiar mi información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento. Entiendo que si el receptor no está sujeto a las leyes de privacidad de registros médicos, la información puede ser divulgada nuevamente por el receptor y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

DIVULGACIÓN Y REVELACIÓN DE REGISTROS IMPRESOS O ELECTRÓNICOS: (elija solo **una** opción y coloque sus iniciales)

_____ **NO** autorizo la divulgación o revelación de mi información médica protegida a ninguna persona/entidad ni a través de un *Iniciales* mensaje dejado en un buzón de voz más allá de los usos y las divulgaciones autorizados como se describe en el aviso de prácticas de privacidad.

_____ Autorizo a los médicos y al personal del centro a divulgar información médica sobre citas, análisis de laboratorio, *Iniciales* facturas u otras comunicaciones generales con el paciente a través de mensajes de voz en los siguientes números de teléfono:

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

_____ Autorizo la divulgación o revelación de la siguiente información médica protegida:
Iniciales

- Todos los registros
- Notas de la visita al consultorio
- Informes de patología
- Informes de radiología
- Informes de laboratorio
- Otra (especificar): _____

Esta información puede ser divulgada o revelada a: Nombre: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Esta autorización vence el: ____/____/____ (si no se especifica una fecha, el documento expira automáticamente en un año).

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre/cargo del representante, en letra de imprenta

NOTIFICACIÓN DE COMUNICACIONES

Capital Digestive Care emplea una serie de diferentes recursos con el propósito de contactarlo para brindarle información importante. Su privacidad es importante para nosotros y no compartiremos su información con ningún tercero, excepto en las circunstancias que se explican en nuestro aviso de prácticas de privacidad. A continuación, encontrará ejemplos de algunas de las razones por las que podemos necesitar comunicarnos con usted utilizando la información que recopilamos en el momento del registro (para pacientes nuevos) o que tenemos en archivo (para pacientes establecidos), lo que puede incluir su dirección de correo electrónico, número de teléfono de casa o móvil. Consulte nuestro aviso de prácticas de privacidad para obtener información adicional sobre el uso y la divulgación de su información médica.

- **Acceso al Portal del paciente:** recibirá un correo electrónico que contiene un número de pin que necesitará para crear su Portal del paciente. Cuando cree su portal, podrá actualizar su información personal antes o después de su cita, ver ciertos resultados de pruebas y enviar mensajes a su médico o al consultorio de su médico.
- **Avisos de práctica:** estos pueden incluir anuncios de nuevos médicos o proveedores o notificaciones de retiro/traslado de proveedores.
- **Recordatorios de citas y servicios virtuales:** estos pueden incluir información sobre una cita programada o perdida a través de correo electrónico, teléfono de casa, teléfono móvil o mensajes de texto.
- **Educación del paciente:** es posible que reciba aplicaciones de video destinadas a proporcionar la información necesaria sobre un procedimiento programado. También es posible que reciba información sobre nuevos tratamientos o ensayos de investigación clínica, una notificación de seminarios educativos sobre temas específicos de salud digestiva u otra información pertinente.
- **Mejoras en el servicio de atención al cliente:** siempre estamos evaluando aplicaciones para mejorar nuestro servicio para usted. A medida que las aplicaciones estén disponibles, puede recibir una notificación o una invitación de registro.
- **Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP):** hemos elegido participar en un intercambio regional de información médica que sirve a Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, su información médica se compartirá con este intercambio para proporcionar un acceso más rápido, para una mejor coordinación de la atención, y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede “optar por no participar” y deshabilitar el acceso a su información médica disponible a través del CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. La información sobre informes de salud pública y sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Maryland (PDMP), seguirá estando disponible para los proveedores.
- **Actividad de cobranza:** si su cuenta se vuelve morosa, Capital Digestive Care puede emplear los servicios de una agencia de cobro para recuperar cualquier saldo pendiente en su cuenta. Puede solicitar la eliminación de su número de móvil para este propósito proporcionando una notificación por escrito a Capital Digestive Care, ATTN: Billing Manager, 10770 Columbia Pike, Suite 400, Silver Spring, MD 20901.

Comunicaciones electrónicas no seguras: si elige comunicarse con nosotros o con cualquiera de sus proveedores de Capital Digestive Care a través de comunicaciones electrónicas no seguras, como correo electrónico regular o mensaje de texto, podemos responderle de la misma manera en que se recibió la comunicación y a la misma dirección de correo electrónico o cuenta desde la cual envió su comunicación original. Además, si nos proporciona su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil, podemos enviarle correos electrónicos o mensajes de texto relacionados con recordatorios de citas, encuestas u otras comunicaciones informativas generales. Para su conveniencia, estos mensajes pueden enviarse sin cifrar. Antes de usar o aceptar el uso de cualquier comunicación electrónica no segura para comunicarse con nosotros, tenga en cuenta que existen varios riesgos, como la interceptación por parte de otros, mensajes mal dirigidos o direccionados, cuentas compartidas, mensajes reenviados a otros o mensajes almacenados en dispositivos electrónicos portátiles no seguros. Al elegir comunicarse con nosotros a través de comunicación electrónica no segura, usted está reconociendo y aceptando asumir estos riesgos. Además, debe comprender que el uso del correo electrónico u otra comunicación electrónica no pretende ser un sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico profesional. Las comunicaciones electrónicas, como el correo electrónico o los mensajes de texto, nunca deben usarse en una emergencia médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA FINANCIERA PARA PACIENTES

Capital Digestive Care está comprometido a brindar a nuestros pacientes atención médica de calidad. Tener una comprensión clara de nuestra política financiera para pacientes es importante para nosotros. Es importante que nos contacte si tiene preguntas en caso de que su información personal cambie mientras esté bajo el cuidado de uno de nuestros proveedores.

- **Seguro:** Capital Digestive Care participa con la mayoría de los planes de seguro. Se espera el pago completo en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos por adelantado para establecer un plan de pago. Si tiene cobertura de seguro y tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con el número en la parte posterior de su tarjeta.
- **Autopago:** Capital Digestive Care proporciona acceso a pacientes que no tienen seguro al ofrecer un programa de tarifas de autopago. Se espera el pago completo en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos por adelantado para establecer un plan de pago.
- **Tarjeta de crédito guardada:** en un esfuerzo por mejorar los servicios a los pacientes y la eficiencia del consultorio, Capital Digestive Care ha implementado una política de tarjeta de crédito guardada. Esto se utilizará para cualquier copago, coaseguro, deducible o cargo que no esté cubierto por su seguro de salud. Al momento del registro, se obtendrá la información de su tarjeta de crédito y se mantendrá de manera segura como un token. Capital Digestive Care no podrá ver los números de su tarjeta de crédito después de que se guarden y se cree un token. Solo los últimos 4 dígitos de la tarjeta estarán disponibles para fines de verificación. Una vez que su seguro pague su parte, se enviará un estado de cuenta por correo. Los pacientes tienen 30 días para pagar el saldo o llamar a nuestra oficina con cualquier pregunta. Si su saldo no se paga después de 30 días y no tiene un plan de pago activo con nuestro centro, se cargará el importe a su tarjeta de crédito registrada. El monto cargado a su tarjeta no excederá \$75.00 por visitas al consultorio y \$250.00 por visitas de procedimiento mensuales.
- **Copagos:** Capital Digestive Care espera que todos los copagos se paguen en el momento del registro.
- **Tarifa por cancelación tardía/por no presentarse:** Capital Digestive Care se esfuerza por brindar una atención excelente a cada paciente de manera oportuna. Se cobrará una tarifa de \$50.00 por cualquier modificación a una visita al consultorio en el plazo de los 2 días anteriores a la cita. Se cobrará una tarifa de \$150.00 por cualquier modificación a una cita de procedimiento en el plazo de los 5 días anteriores a la cita. Se le cobrará en su tarjeta de crédito registrada en el plazo de 10 días.
- **Tarifa de colocación de la agencia de cobros:** si la cuenta de un paciente se vuelve morosa, Capital Digestive Care puede emplear los servicios de una agencia de cobro para recuperar cualquier saldo pendiente en la cuenta. Si la cuenta se envía a una agencia externa, el siguiente acepta pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de la agencia de cobro en el rango del 16 % más cualquier interés permitido por la ley, si se incurre.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Protección de su información médica protegida

Capital Digestive Care (“nosotros” o “nos”) está comprometido a proteger la privacidad de la información médica que creamos u obtenemos sobre usted. Esa información se denomina “información médica protegida” o “PHI”. La PHI es información que lo identifica y que creamos o recibimos de usted o de otro proveedor de atención médica, plan de salud, su empleador o una cámara de compensación de atención médica y que se relaciona con (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, (2) los servicios de atención médica que recibió, o (3) el pago pasado, presente o futuro por los servicios de atención médica que recibió.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI

Las siguientes secciones describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su PHI. Cumplimos con todas las leyes aplicables relacionadas con la protección de PHI. No todos los usos o divulgaciones serán enumerados. Todas las formas en que se nos permite usar y divulgar su PHI, sin embargo, caerán dentro de una de las siguientes categorías:

Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Tratamiento: usaremos y divulgaremos su PHI para brindarle tratamiento o servicios médicos, para coordinar o gestionar su atención médica, o para consultas o derivaciones médicas. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán y utilizarán su PHI para determinar el curso de atención más apropiado. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica que estén participando en su tratamiento, a los farmacéuticos que estén llenando sus recetas y a los miembros autorizados de la familia que estén ayudando con su cuidado.

Pago: usaremos y divulgaremos su PHI para que el tratamiento y los servicios que reciba en Capital Digestive Care o de otros se le puedan facturar a usted y para que el pago se le pueda cobrar a usted, a una compañía de seguros o a otra tercera parte. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar información a su compañía de seguro de salud sobre una visita a Capital Digestive Care para que su

compañía de seguro de salud nos pague o le reembolse por la visita. Es posible que también necesitemos obtener autorización de su compañía de seguro de salud antes de proporcionar ciertos tipos de tratamiento.

Operaciones de atención médica: usaremos y divulgaremos su PHI para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones se realizan para mejorar la calidad de la atención que brindamos, para revisar la competencia de nuestros profesionales de la salud y para las actividades comerciales generales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos y otros para propósitos de revisión y educación.

Usos especiales

Podemos usar su información para contactarlo con recordatorios de citas. También podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Podemos comunicarnos con usted para fines de recaudación de fondos, pero tiene el derecho de optar por no recibir dichas comunicaciones.

Participamos en el Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP), un intercambio regional de información médica que sirve a Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, su información médica se compartirá con este intercambio para proporcionar un acceso más rápido, para una mejor coordinación de la atención, y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Consulte nuestro formulario de notificación de comunicaciones si prefiere optar por no participar en este programa.

Otros usos y divulgaciones

Podemos usar o divulgar su PHI por otras razones permitidas o requeridas por la ley, incluso sin su autorización (permiso), que incluye lo siguiente:

Alternativas de tratamiento: podemos usar y divulgar su PHI para recomendarle o informarle sobre posibles alternativas de tratamiento.

Nuestros servicios: podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre servicios, productos o

beneficios relacionados con la salud que podemos proporcionar.

Recaudación de fondos: podemos contactarlo para brindarle información sobre actividades que patrocinamos, lo que incluye programas de recaudación de fondos y eventos para apoyar la atención al paciente en Capital Digestive Care. Para este propósito, podemos usar su nombre y otra información limitada para contactarlo, que incluye el departamento del cual recibió tratamiento o servicios de nuestra parte y las fechas en que los recibió, el nombre de su proveedor de tratamiento, el resultado de su tratamiento y su estado de seguro de salud. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, la comunicación que reciba tendrá instrucciones sobre cómo puede pedirnos que no lo contactemos nuevamente para tales fines, también conocido como “exclusión voluntaria”.

Intercambio de información médica: podemos compartir PHI que obtengamos o creemos sobre usted con otros proveedores de atención médica u otras entidades de atención médica, como su plan de salud o aseguradora de salud, según lo permita la ley, a través de intercambios de información médica (HIE) en los que participamos. Por ejemplo, la información sobre su atención médica pasada, afecciones médicas actuales y medicamentos puede estar disponible para nosotros y su médico o hospital que no sea de Capital Digestive Care si participamos en el mismo HIE. La PHI a través del HIE puede proporcionar un acceso más rápido y una mejor coordinación de la atención, y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. El propósito es que cada uno de sus proveedores de atención médica participantes puedan tener el beneficio de la PHI más reciente disponible de otros proveedores participantes involucrados en su atención. Participamos en el Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (“CRISP”), un intercambio regional de información médica que sirve a Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, su PHI se compartirá con el CRISP para facilitar el intercambio seguro de su PHI electrónica entre proveedores de atención médica y otros para su tratamiento, pago, coordinación de la atención u otros fines de operaciones de atención médica. Consulte nuestro formulario de notificación de comunicaciones si prefiere optar por no participar en este programa.

Socios comerciales: nosotros tenemos contratos con terceros denominados “socios comerciales” para proporcionar ciertos servicios en nuestro nombre,

como facturación y tecnología de la información. Podemos divulgar su PHI a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Para proteger su PHI, requerimos que nuestros socios comerciales salvaguarden su información.

Requerido por la ley: podemos divulgar su PHI cuando estemos obligados a hacerlo por ley federal, estatal u otra ley. Por ejemplo, es posible que se nos requiera informar sobre heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.

Investigación: podemos usar o divulgar su PHI para investigaciones médicas aprobadas.

Actividades de salud pública: según lo exige la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con retiros de productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.

Supervisión de la salud: podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, como investigaciones, auditorías, inspecciones y licencias.

Procedimientos judiciales y administrativos: podemos divulgar su información médica cuando se ordene en un procedimiento legal o administrativo, como una citación, una solicitud de presentación de pruebas, una orden judicial, una orden de comparecencia, una resolución judicial u otro proceso legal.

Fines de cumplimiento de la ley: podemos divulgar su PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos propósitos autorizados o requeridos por la ley.

Muertes: podemos divulgar su PHI a los forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Amenaza grave para la salud o la seguridad: podemos usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

Funciones militares y especiales del gobierno: si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI a instituciones correccionales o por motivos de seguridad nacional.

Indemnización laboral: podemos divulgar su PHI para la indemnización laboral o programas similares

que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Autorización escrita: excepto como se describe arriba o como lo permite la ley, divulgaremos su PHI solo con su autorización previa por escrito. Ciertos usos y divulgaciones de su PHI para fines de marketing y cualquier venta de su PHI requieren su autorización. Puede revocar esa autorización por escrito, en cualquier momento, a menos que hayamos tomado medidas basándonos en su autorización previa, o si firmó la autorización como condición para obtener cobertura de seguro.

Los registros de su PHI son propiedad de Capital Digestive Care. Usted tiene los siguientes derechos, sin embargo, con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

Derecho a solicitar restricciones: puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI. Tiene el derecho de restringir las divulgaciones de su PHI a su plan de salud para fines de pago y operaciones de atención médica (y no para tratamiento) si la divulgación se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el cual pagó de su bolsillo en su totalidad. Si solicita una restricción para un artículo o servicio de atención médica por el cual pagó de su bolsillo en su totalidad, respetaremos su solicitud, a menos que la divulgación sea necesaria para su tratamiento o sea requerida por la ley. Para todas las demás solicitudes de restricción, no estamos obligados a aceptar tales restricciones.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, enviando avisos a una dirección especial o no utilizando postales para recordarle sus citas. Honraremos las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando las formas o ubicaciones solicitadas, podemos comunicarnos con usted utilizando la información que tenemos.

Derecho a inspeccionar y obtener copias: en la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su PHI en nuestros registros médicos y de facturación y en cualquiera de nuestros otros registros que se utilizan para tomar decisiones sobre usted. Tiene el derecho de solicitar que enviemos una copia de sus registros médicos o de facturación a un tercero. Solicitamos que envíe su solicitud por escrito a su cuidador o al departamento de registros médicos. Podemos cobrarle una tarifa razonable por proporcionarle una copia de sus registros. Podemos denegar el acceso bajo ciertas circunstancias. Puede solicitar que designemos a un profesional de la salud con licencia para revisar la denegación. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a solicitar una enmienda: si cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la PHI. Tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras nosotros mantengamos la PHI o mientras se mantenga para nosotros en sus registros médicos y de facturación o en cualquiera de nuestros otros registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Se requiere que envíe su solicitud por escrito a la persona de contacto indicada al final de este aviso, con una explicación de por qué se necesita la enmienda. Si aceptamos su solicitud, le informaremos que estamos de acuerdo y modificaremos sus registros. No podemos cambiar lo que está en el registro. Agregamos la información suplementaria mediante un apéndice. Con su ayuda, notificaremos a otros que tienen la PHI incorrecta o incompleta. Si negamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito de por qué no hicimos la enmienda y le explicaremos sus derechos. Podemos denegar su solicitud si la PHI (i) no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la PHI ya no esté disponible para responder a su solicitud); (ii) no es parte de los registros médicos y de facturación que mantenemos nosotros o que se mantienen para nosotros; (iii) no es parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (iv) nosotros determinamos que es precisa y completa.

Derecho a solicitar un registro de las divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su PHI en los seis años anteriores a su solicitud. Esta lista no incluirá todas las divulgaciones realizadas, incluidas aquellas divulgaciones realizadas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o aquellas divulgaciones realizadas directamente a usted o con su autorización. Se requiere que envíe su solicitud por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso. Debe indicar el período de tiempo para el cual desea recibir el registro de divulgaciones. El primer registro que solicite en un período de 12 meses será gratuito, y podemos cobrarle por solicitudes adicionales en ese mismo período.

Derecho a ser notificado en caso de una violación: le notificaremos si su PHI ha sido “violada”, lo que significa que su PHI ha sido utilizada o divulgada de una manera que contradice la ley y, como resultado, se ve comprometida.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso: tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Habrá copias de este aviso disponibles en todas nuestras instalaciones, o contactando a la persona de contacto mencionada al final de este aviso, o puede obtener una copia

electrónica en nuestro sitio web en <https://www.capitaldigestivecare.com/hipaa-notice-of-privacy-practices/>.

No participamos en la venta de su información médica, sin embargo, si lo hacemos, obtendremos su autorización por escrito antes de que se nos permita vender su información médica. En todas las demás situaciones, incluidas las actividades de marketing, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica identificable sobre usted. Si elige firmar una autorización para divulgar información, puede revocar esa autorización más tarde para detener cualquier uso y divulgación futuros.

Futuros cambios a este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la PHI que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con el responsable de privacidad en el lugar donde está recibiendo servicios. También puede enviar una queja

por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No se lo penalizará de ninguna manera por presentar una queja.

Persona de contacto

Si tiene alguna pregunta, solicitud o queja, contacte a:

Capital Digestive Care
ATTN: Privacy Officer
10770 Columbia Pike, Suite 400
Silver Spring, MD 20901

Contáctenos en el sitio web en [CapitalDigestiveCare.com](https://www.CapitalDigestiveCare.com) o envíe un correo electrónico a

PatientRelations@capitaldigestivecare.com

Por medio de la presente, yo,

_____ (nombre, en letra de imprenta), acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad que se me ha entregado.

Firma: _____

Fecha: _____

Si no está firmado, la razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento:

Testigo del personal: _____

Fecha: _____

Revisado el 10/2025