

New Patient Adult English



Date:

Please Print Below

Patient's Last Name:

First:

Home Address:

City, State, Zip:

Date of Birth:

Marital Status:

Home Phone:

Social Security:

Language:

Cell Phone:

Email:

Emergency Contact Name:

Contact Number:

Pharmacy Name:

Pharmacy Number:

Primary Care Physician:

Primary Insurance Name:

Policy Number:

Insured Name:

Relationship:

Insured's Date of Birth:

Insured's Sex: M F

Secondary Insurance Name:

Policy Number:

Insured Name:

Relationship:

Insured's Date of Birth:

Insured's Sex: M F

Are you covered by any other insurance do to spouse, work, or alternative coverage? Y N

Attorney

Do you have an attorney as a result of this injury? Y N

Name of Attorney:

Address:

City, State, Zip:

Phone:

Fax:

Patient/ Authorized Person

Total Orthopaedic Care Confidential Health Information

Date

4850 W Oakland Park Blvd #201 Lauderdale Lakes FL 33313 954-735-3535

Witness

v01-08-2015 NPAE Pg 1

Reason for Visit



Patient's Name:

Age: Height: Weight: Sex: M F Right / Left Handed

Occupation: Patient's Employer: Work Phone:

What **Orthopaedic** problems are you having today?

How long have you had this problem?

Have you ever had pain, discomfort, or similar symptoms in this area before? Y N

Explain:

Was this caused by an injury? Y N Injury Date:

Is this Injury **Work Related** Y N Is this related to an **auto accident** Y N

If caused by injury, where did injury occur:

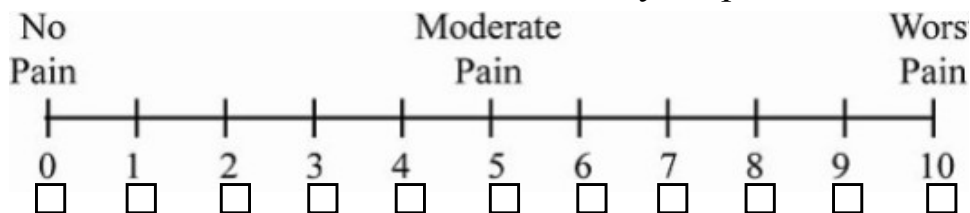
How did the injury occur?

When you first noticed this problem or pain, what were you doing?

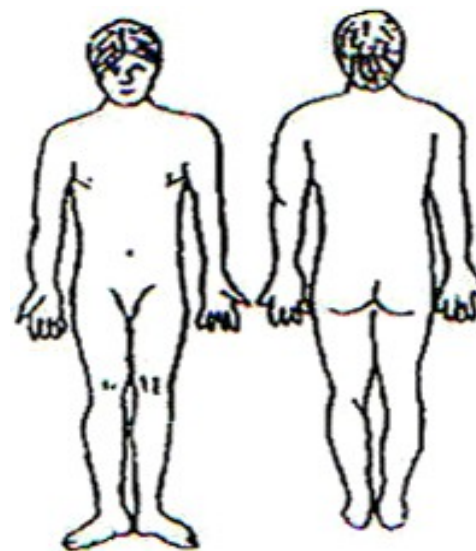
How were you referred to our office?

| | | |
|---|---|---|
| Pcp (name) <input style="width: 150px;" type="text"/> | Hospital/ER (name) <input style="width: 150px;" type="text"/> | Urgent Care (name) <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| Insurance Directory (name) <input style="width: 150px;" type="text"/> | Work Comp (name) <input style="width: 150px;" type="text"/> | Other (name) <input style="width: 150px;" type="text"/> |

On a scale of one to ten, how severe is your pain?



Please Mark Problem Areas



Please describe your pain:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aching, like a toothache | <input type="checkbox"/> Radiating or spreading |
| <input type="checkbox"/> Burning, hot or on fire | <input type="checkbox"/> Sensitive, raw |
| <input type="checkbox"/> Cold, like ice, or freezing | <input type="checkbox"/> Sharp, like a knife, spike, or piercing |
| <input type="checkbox"/> Cramping, squeezing or tight | <input type="checkbox"/> Shooting or zapping |
| <input type="checkbox"/> Electrical, shocks, lightening, or sparking | <input type="checkbox"/> Tingling, pins and needles, prickling |
| <input type="checkbox"/> Heavy, pressure or weighed down | <input type="checkbox"/> Throbbing or pounding |
| <input type="checkbox"/> Itchy, like a mosquito bite | <input type="checkbox"/> Unpleasant, annoying, bothersome |
| <input type="checkbox"/> Numb or asleep | |

How Consistent is your Pain? (Choose one)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intermittent (Pain sometimes, but not all the time) | <input type="checkbox"/> Variable (Background pain all the time, but moments of severe pain) | <input type="checkbox"/> Stable (Constant pain all the time that doesn't change much) |
|--|--|---|

Right Left Left Right

Have you had any treatment for *this* problem?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medication | <input type="checkbox"/> Cat Scan | <input type="checkbox"/> Other, Please list below: |
| <input type="checkbox"/> Physical Therapy | <input type="checkbox"/> Bone Scan | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Injections | <input type="checkbox"/> Blood Work | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> X-rays | <input type="checkbox"/> Neurology Consult | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Pain Management Consult | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

Past Medical History



Patient's Name:

Date:

Height: Weight: Right / Left Handed

Staff only: Less than 18.5 = Underweight
 BMI: 18.5 – 24.9 = Normal Weight
25 or greater = Overweight

2) Do you take Coumadin / Plavix / Lovenox / Aggrenox or other blood thinners? Y N

3) Do you have a Pacemaker? Y N

4) Could you possibly be Pregnant? Y N Are you currently breastfeeding Y N

5) When did you have your first period? Date of last Period

6) Please Check all that Apply

| Past Medical History | | Past Surgical History | | Date | Medication | | Family History | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|------|--------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Abdominal / Inguinal Hernia | <input type="checkbox"/> | Appendectomy | | Please List | | Father <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Deceased | |
| <input type="checkbox"/> | Arthritis | <input type="checkbox"/> | Cancer | | Medications Below | | If deceased, Cause of Death | |
| <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | Cataracts | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | Back Pain | <input type="checkbox"/> | Gallbladder | | <input type="text"/> | Mother <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Deceased | | |
| <input type="checkbox"/> | Bleeding Disorders | <input type="checkbox"/> | Gynecological | | <input type="text"/> | If deceased, Cause of Death | | |
| <input type="checkbox"/> | Blood Clots | <input type="checkbox"/> | Hand | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | Cancer | <input type="checkbox"/> | Heart | | <input type="text"/> | Sibling <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Deceased | | |
| <input type="checkbox"/> | Cholesterol | <input type="checkbox"/> | Hysterectomy | | <input type="text"/> | If deceased, Cause of Death | | |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Joint Replacement | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | Epilepsy | <input type="checkbox"/> | Neck/Spine | | <input type="text"/> | Social History | | |
| <input type="checkbox"/> | Heart Disease | <input type="checkbox"/> | Tubes (Ears) | | <input type="text"/> | Tobacco Use <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | None | | <input type="text"/> | Packs per day? <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | HIV | | | | <input type="text"/> | Alcohol Use <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| <input type="checkbox"/> | Hiatal Hernia | | Have you had a recent | | <input type="text"/> | Drinks Per day? <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> | Bone Density Exam | | <input type="text"/> | History of Drug Use <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| <input type="checkbox"/> | Inflammatory Bowel Syndrome (IBS) | <input type="checkbox"/> | Colonoscopy | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Kidney Disease | <input type="checkbox"/> | Gynecological Visit | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Kidney Stones | <input type="checkbox"/> | Mammogram | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Lung Disease | <input type="checkbox"/> | Prostate Exam | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Neurological Disorder | | | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | | Allergies | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Psychological | <input type="checkbox"/> | No Known Allergies | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Reflux Disease | <input type="checkbox"/> | Anti-inflammatories | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Stomach Ulcers | <input type="checkbox"/> | Aspirin | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Stroke | <input type="checkbox"/> | Dyes | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Thyroid Disease | <input type="checkbox"/> | Iodine | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Urinary Disease | <input type="checkbox"/> | Latex | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | TB | <input type="checkbox"/> | Penicillin | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Other Please list below | <input type="checkbox"/> | Sulfa/Sulfur | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Other Please list below | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | None of the Above | | | | <input type="text"/> | | | |

Physician Notes:



Patient's Name:

Do you have or have you had any of these symptoms in the last two weeks?

| Symptoms | Yes | No | Explain | Symptoms | Yes | No | Explain |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| Constitutional | | | | Integumentary | | | |
| Fever | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Skin Rash | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Chills | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Boils | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Headaches | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Persistent Itch | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Eyes | | | | Musculoskeletal | | | |
| Blurred Vision | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Joint pain | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Double Vision | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Neck Pain | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Eye Pain | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Back Pain | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Allergic/Immunologic | | | | Ear/Nose/Throat/Mouth | | | |
| Hay Fever | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Ear Infection | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Drug Allergies | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Sore Throat | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Sinus Problem | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Neurological | | | | Genitourinary | | | |
| Tremors | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Urine Retention | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Dizzy Spells | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Painful Urination | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Numbness/tingling | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Urinary Frequency | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Endocrine | | | | Respiratory | | | |
| Excessive thirst | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Wheezing | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Too hot / cold | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Frequent Cough | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Tired / sluggish | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Shortness of Breath | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Gastrointestinal | | | | Hematologic/Lymphatic | | | |
| Abdominal pain | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Swollen Glands | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nausea/ vomiting | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Blood Clotting Problem | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Indigestion/heartburn | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Psychological | | | |
| Cardiovascular | | | | Are you under the care of a mental health professional? | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Chest Pain | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Do you feel depressed? | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Varicose veins | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| High Blood Pressure | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Other | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | | | | |

Patient's Signature _____ Physician Initials _____ Date: _____

Patient's Signature _____ Physician Initials _____ Date: _____

Patient's Signature _____ Physician Initials _____ Date: _____

Patient's Signature _____ Physician Initials _____ Date: _____



Total Orthopaedic Care, P.A.

Notice of Privacy Practices (HIPAA)

_____ By initialing here, I acknowledge I have received a copy of Total Orthopaedic Care, P.A. Notice of Privacy Practices

Consent for Treatment

_____ By initialing here, I consent to and authorize a physician and/or health care professional of T.O.C. to perform a physical examination, procedures, diagnostic procedure, and to prescribe a therapeutic regimen.

Medical Information Release

_____ By initialing here, I authorize the physicians of T.O.C. to release any information including diagnosis acquired in the course of my exam to any health care facilities, physicians, insurance carriers, or collection agencies.

Assignment of Benefits

_____ By initialing here, I authorize my insurance carrier to pay directly to T.O.C. the medical benefits otherwise payable to me for their services, but not exceed the charges of those services. **I further understand that I am fully responsible for service provide that are not covered by my insurance.** I hereby irrevocably assign to T.O.C. any benefits under any policy of insurance, indemnity agreement, or any other collateral source as defined in the Florida statues for any service and/or charges provided by T.O.C.

Communication

_____ By initialing here, I agree to receive emails and texts to the above listed numbers and understand I will be subject to the text messaging rates of my cellular plan. The staff at T.O.C. is authorized to call me at the above listed numbers. If I am not available, they are permitted to leave a message with whomever answers or an answering machine / voice mail.

Patient Financial Responsibility

As a courtesy to our patients, TOC verifies insurances in advance. However it is ultimately the patient's responsibility to be aware of all copayments, co-insurances, and deductibles. Any quote of patient responsibility by TOC is an estimate and may not reflect the actual amount due from the patient for services rendered. Any additional amounts due will be billed to the patient upon receipt of the EOB from the insurance company. These amounts are solely the patient's responsibility, regardless of any quote previously provided by TOC.

It is the policy of this office to collect all copayments, deductibles, and co-insurances indicated as the patient's responsibility by their insurance company. We can not waive or reduce any patient's responsibility as per our contract with your insurance company.

_____ By initialing here, I understand the above and that I am solely responsible for any amounts deemed due by me according to my insurance plan and agree to pay promptly.

No Show Fee

It is the policy of this office to charge a \$35.00 no show fee for any appointments missed and not canceled or rescheduled 24 hours in advance to the appointment time.

_____ By initialing here, I understand the above and that I am responsible to cancel or reschedule my appointments 24 hours in advance or pay the \$35.00 No Show fee for missed appointments.

Records Release

By my signature below, I hereby authorize the release of my diagnostic imaging results, medical records, hospital records, consultations, lab work, or any other pertinent medical information from any medical provider, hospital, attorney or insurance company upon receipt of a copy of this form, to:

Total Orthopaedic Care Phone: 954-735-3535, Fax: 954-484-7000

Name (Print)

Signature

Date

Join the TOC Circle



Sign up for email
and text message
appointment
reminders!

Patient's Name: _____

Account Number: _____

Cell Phone Number: _____

Email: _____

I attest that I am the owner of the above email address and cell phone number.
I request to be added to the automatic appointment reminder system and receive
both emails and texts to confirm my appointment.
I understand that I will be subject to the text messaging rates of my cellular plan.

Signature: _____

Date: _____

Total Orthopaedic Care Notice of Privacy Practices

Effective 09/09/2013 - Updated 01/08/2015

Si necesita la versión en español de esta notificación, favor de dejarle saber a la persona en recepción.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

If you have questions about your privacy, please call our Privacy Officer, Debra Bilodeau

Who will follow this notice?

This health system provides health care to our patients, residents, and clients through physicians and other healthcare professionals and businesses. This notice applies to all of our locations, including:

- All employees, physicians, or volunteers, including students in training.
- Any business associate or partner that uses your health information.

Our Pledge to You

We know your medical information is personal and we are committed to protect your privacy. We create a record of your care and services to meet legal requirements and to provide you the best care. This notice applies to your medical record that we maintain for services or items we provide you at our locations. We are required by law:

- To keep medical information about you private.
- To give you this notice, explaining our legal duties to protect your privacy.
- To follow the terms of the notice that is currently in effect.
- To notify you if we fail to protect your privacy.

Changes to this Notice

We may change our policies at any time and the changes will apply to current and any new medical information we collect. Before we make a major change in policy, we will change our notice and post it in waiting areas and on our website at www.toc.md. You may request the current notice at any time. When we change our notice, we will offer you a copy of the current notice at your next visit, and we will ask you to acknowledge in writing your receipt of this notice. This notice is currently effective, with the effective date shown just below the title.

How we may use and share medical information about you.

We may use and share medical information about you for:

- Treatment (sharing your medical information with other health care providers involved in your care, or to a specialist for a referral)
- Payment (sending billing information to your insurance company or Medicare)
- Health Care Operations (comparing patient data to improve treatment standards)
- Health Information Exchange (HIE) (An HIE manages electronic medical information often shared between insurance companies and your healthcare providers)
 - 1) We will send your medical information electronically to a HIE to provide health care services or items to you.
 - 2) The HIE will protect the privacy and security of your medical information.
 - 3) The HIE will limit the use of your medical information to permitted individuals.
 - 4) You have the right to request in writing that we do either or both of the following: a) Not send any of the your medical information to the approved HIE; or b) Not send specific categories of your medical information to the approved HIE.
- 5) Any limitations you request of us may prevent the sharing of medical information that is necessary for the provider to give you appropriate care.
- 6) If you request any limitations, we must honor your request.
- 7) If you request limitations of specific categories of your medical information, we must honor your request, if the limitation meets applicable state law.

In following privacy laws and regulations, we must meet the stricter of state or federal laws and regulations. Where state laws are stricter than federal laws, we will meet the applicable state law.

We will use or share your medical information without your permission for:

- Public Health Registries (disease prevention; birth or death; or disability)
- Other required reporting (quality data and patient satisfaction reporting)
- Health oversight audits or inspections (Health Department, Independent Review Organizations, or Accreditation Surveys)
- Qualified research studies (as approved by an Institutional Review Board)
- Funeral Directors (to identify the decedent for funeral arrangements)

We will also disclose medical information when required by law for:

- Domestic Violence, Abuse or Neglect (to protect the health and safety of patients)
- Organ and Tissue Donation & Procurement (when death is certain)
- Workers' Compensation (eligibility for claims due to work-related injury)
- Health, Safety, or other emergencies (to prevent or lessen serious threats to yourself, another person, or the general public)
- Law Enforcement or Correctional Institution (while in lawful custody or an inmate)
- Coroners or Medical Examiners (to identify the decedent)
- Judicial or administrative orders (lawsuits or other disputes in response to court order or subpoena)
- Specialized Government functions (military and veteran's activities, national security activities, and protective services for the President and others)

We may share HIV test results without your consent for certain purposes, such as medical emergencies, organ donations, qualified research, and other similar purposes. Any such disclosure must be accompanied by the following, or a similar, statement: "This information has been disclosed to you from confidential records protected from disclosure by applicable state law. You shall make no further disclosure of this information without the specific, written, and informed release of the individual to whom it pertains, or as otherwise permitted by applicable state law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for the purposes of the release of HIV test results or diagnosis."

We may share information including your name, address, other contact information, age, gender, and date of birth; dates of health care provided including department of service, treating physician, outcomes, and health insurance status.

We may share your medical information with business associates that contract with this health system. All business associates must follow this notice, and are directly responsible for compliance with applicable state and federal privacy laws and regulations.

Authorizations and other uses of medical information

In any other situation not covered by this notice, we will ask for your written permission before sharing your medical information. For example, your permission is required to release your information for most research or marketing, to sell your medical information, or to share your psychotherapy notes. If you provide written permission to release your information, you can later notify us in writing to cancel your permission.

Your rights regarding medical information about you

In most cases, you have the right to look at or get a copy of medical information that we maintain, when you submit a written request. If you request copies, we may charge a fee for the cost of copying, mailing, or other related supplies.

We must provide a free copy of your medical information when requested for the Bureau of Workers' Compensation, the Industrial Commission, or to the Department of Jobs and Family Services. When you provide documentation that you need a copy of your medical record for your Social Security benefit claim, we will provide a copy without charge.

You may receive an electronic copy of your health information when available in an electronic format, and you may direct that we provide the copy directly to another person or entity. You must provide clear details for the transmission, including complete name and mailing address or other identifying information.

If you believe that your medical record contains incorrect or missing information, you may request a correction by submitting a written request that provides your reason for requesting the change. We could deny your request, if the information was not created by us or if it is not part of the medical information maintained by us or if we determine that the record is correct. You may appeal our decision not to amend your record.

You may request a written list of disclosures of your health information that we or our business associate made in the six years before the date you request the list, if that disclosure is:

- One not permitted by HIPAA law, unless you have received notification from us of an impermissible disclosure;
- For public health activities, except disclosures to report child abuse or neglect;
- For legal and administrative proceedings;
- For law enforcement purposes as provided in §164.512(f) of the HIPAA regulations;
- To avert a serious threat to health or safety;
- For military and veterans activities, the Department of State's medical suitability determinations, and government programs providing public benefits; and
- For disclosures for workers' compensation.

You may receive the list of disclosures in paper or electronic form. We will produce the first list requested in a 12-month period for free. We will charge an administrative fee for additional requests, and we will inform you of the cost before you incur any costs.

You may request to receive a written report that lists who has accessed your medical information for up to three years before the date of the request. You may limit the report to a specific date, time period, or person or to a specific organization or a specific business associate. We will produce the first list requested in a 12-month period for free. We will charge an administrative fee for additional requests, and we will inform you of the cost before you incur any costs.

You may request that we communicate with you in an alternative manner, such as sending mail to an address other than your home. Your request must be in writing detailing the specific way or address for us to communicate with you.

You may request that we limit sharing your medical information that is not otherwise required by law. We will consider your request but we are not legally required to agree, unless you request restrictions to a health plan about services that you personally paid for. We will inform you of our decision on your request and you may appeal our decision in writing to our Privacy Officer.

If this notice was sent to you electronically, you may request a paper copy of this notice.

Complaints

If you are concerned that your privacy rights may have been violated, or you disagree with a decision we made about access to your records, you may contact the Privacy Officer. You may also contact the ReportLine, a 24-hour hotline, at 1-888-302-9224. Finally, you may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights. Our Privacy Officer can provide you the address.

Under no circumstance will you be penalized or retaliated against for filing a complaint.

Locations:

Total Orthopaedic Care
4850 W Oakland Park Blvd Suite 201 Lauderdale Lakes Fl 33313
1074 Pines Blvd Suite 104 Pembroke Pines Fl 33026

Total Orthopaedic Care Aviso de Prácticas de Privacidad

Vigente a partir del 9 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REPASARLO CON ATENCIÓN.

Si tiene preguntas sobre su privacidad, llame a nuestro Funcionario de privacidad, Debra Bilodeau.

¿Quién cumplirá con este aviso?

El sistema de salud proporciona atención a la salud a nuestros pacientes, residentes y clientes a través de médicos y otros profesionales y negocios de atención a la salud.

- Todos los empleados, médicos o voluntarios, incluyendo estudiantes en capacitación.
- Cualquier asociado o socio comercial que utilice su información de salud.

Nuestro compromiso con usted

Sabemos que su información médica es personal y nos comprometemos a proteger su privacidad.

Creamos un registro de su atención y servicios para cumplir con los requisitos legales y para proporcionarle la mejor atención. Este aviso se aplica a su historia clínica que mantenemos para servicios o artículos que le proporcionamos en nuestros centros. La ley nos exige lo siguiente:

- Mantener privada la información médica sobre usted.
- Entregarle este aviso, explicando nuestras obligaciones legales para proteger su privacidad.
- Cumplir con las condiciones del aviso que está vigente actualmente.
- Notificarle si fallamos en la protección de su privacidad.

Cambios a este aviso

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento y los cambios se aplicarán a la información médica actual y a cualquier nueva información médica que recopilamos. Antes de realizar un cambio importante en la política, cambiaremos nuestro aviso y lo publicaremos en las áreas de espera y en nuestro sitio web en www.toc.md. Puede solicitar el aviso actual en cualquier momento. Cuando cambiamos nuestro aviso, le ofreceremos una copia del aviso actual en su siguiente visita, y le pediremos que reconozca por escrito que recibió este aviso. Este aviso está vigente actualmente, con la fecha de entrada en vigencia que se muestra justo debajo del título.

¿Cómo podemos usar y compartir información médica sobre usted.

Podemos usar y compartir información médica sobre usted para:

- Tratamiento (compartir su información médica con otros proveedores de atención a la salud que participan en su atención, o con un especialista para una derivación)
- Pago (enviar información de facturación a su compañía de seguros o a Medicare)
- Operaciones de atención a la salud (compartir datos del paciente para mejorar los estándares de tratamiento)
- Intercambio de información de salud (Health Information Exchange, HIE) (Un HIE maneja información médica electrónica compartida con frecuencia entre las compañías de seguro y sus proveedores de atención a la salud)

- 1) Enviaremos su información médica por medios electrónicos a un HIE para proporcionarle servicios o artículos de atención a la salud.
- 2) El HIE protegerá la privacidad y la seguridad de su información médica.
- 3) El HIE limitará el uso de su información médica a las personas autorizadas.
- 4) Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que hagamos una o ambas de las siguientes: a) No enviar nada de su información médica al HIE aprobado; o b) No enviar categorías específicas de su información médica al HIE aprobado.
- 5) Cualquier limitación que nos solicite podría evitar que compartamos información médica que es necesaria para que el proveedor le brinde la atención adecuada.
- 6) Si solicita cualquier limitación, debemos cumplir con su solicitud.
- 7) Si solicita limitaciones de categorías específicas de su información médica, debemos cumplir con su solicitud, si la limitación cumple con las leyes estatales aplicables.

En las siguientes leyes y reglamentaciones de privacidad, debemos cumplir con las leyes y reglamentaciones estatales o federales que sean más estrictas. Cuando las leyes estatales son más estrictas que las leyes federales, cumpliremos con las leyes estatales.

Usaremos o compartiremos su información médica sin su permiso para:

- Registros de salud pública (prevención de enfermedades; nacimiento o muerte; o discapacidad)
- Otros informes requeridos (informes de datos de calidad y satisfacción del paciente)
- Auditorías o inspecciones por descuidos en la salud (Departamento de Salud, Organizaciones de Revisión Independientes o Encuestas de Habilitación)
- Estudios de investigación calificados (según sean aprobados por una Junta de Revisión Independiente)
- Directores de funerarias (para identificar al fallecido para arreglos del funeral)

También divulgaremos información médica cuando la ley lo exija para:

- Violencia doméstica, abuso o negligencia (para proteger la salud y la seguridad de los pacientes)
- Donación y obtención de órganos y tejidos (cuando la muerte sea una seguridad)
- Compensación laboral (elegibilidad para reclamos por lesiones relacionadas con el trabajo)
- Emergencias de salud, seguridad u otras (para evitar o disminuir la gravedad de amenazas para usted, otra persona o el público en general)
- Policía o instituciones correccionales (en casos de custodia legal o de un presidiario)
- Jueces de instrucción o médicos forenses (para identificar al fallecido)
- Órdenes judiciales o administrativas (juicios u otras disputas en respuesta de una orden judicial o citación)
- Funciones de gobierno especializadas (actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional, y servicios de protección para el Presidente y otros)

Podemos compartir resultados de pruebas de VIH sin su consentimiento para determinados propósitos, tales como emergencias médicas, donaciones de órganos, investigaciones calificadas y otros fines similares. Cualquier divulgación debe estar acompañada por la siguiente declaración o una similar: "Esta información le ha sido divulgada de registros confidenciales protegidos contra la divulgación por las leyes estatales aplicables. No debe realizar ninguna divulgación posterior de esta información sin la autorización de divulgación específica, por escrito e informada de la persona a quien le pertenece, o como sea permitido de otro modo por las leyes estatales aplicables. Una autorización general para la divulgación de la información médica o de otro tipo no es suficiente para los fines de divulgación de resultados de pruebas o diagnósticos de VIH".

Podemos compartir información que incluya su nombre, dirección, otra información de contacto, edad, sexo, y fecha de nacimiento; fechas en las que se proporcionó atención a la salud incluyendo del departamento que brindó el servicio, los médicos tratantes, los resultados y el estado de seguro de salud. Podemos compartir su información médica con asociados comerciales que tengan contratos con este sistema de salud. Todos los asociados comerciales deben cumplir con este aviso, y son directamente responsables por el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones de privacidad estatales y federales que se apliquen.

Autorizaciones y otros usos de la información médica

En cualquier otra situación no cubierta por este aviso, le pediremos su permiso escrito antes de compartir su información médica. Por ejemplo, se requiere su permiso para divulgar su información para la mayoría de los casos de investigación o marketing, para vender su información médica, o para compartir sus notas de psicoterapia. Si proporciona su permiso por escrito para divulgar su información, más tarde puede notificarnos por escrito para cancelar su permiso.

Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted

En la mayoría de los casos, tiene el derecho de mirar o de obtener una copia de la información médica que mantenemos, cuando presenta una solicitud por escrito. Si solicita copias, podemos cobrar una tarifa por el costo de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados.

Debemos proporcionar una copia gratuita de su información médica cuando se solicita para el Departamento de compensación laboral, la Comisión industrial o el Departamento de empleo y servicios familiares. Cuando proporciona documentación que establece que necesita una copia de su historia clínica para un reclamo de beneficios del Seguro social, le proporcionaremos una copia sin cargo. Puede recibir una copia electrónica de su información de salud cuando esté disponible en un formato electrónico y puede indicar que proporcionemos la copia directamente a otra persona o entidad. Debe proporcionar detalles claros para la transmisión, incluyendo el nombre completo y la dirección de correo u otra información de identificación.

Si considera que su historia clínica contiene información incorrecta o que falta información, puede solicitar una corrección presentando una solicitud por escrito que proporcione su motivo para solicitar el cambio.

Podemos negar su solicitud, si la información no fue creada por nosotros o si no forma parte de la información médica que mantenemos o si determinamos que el registro es correcto. Puede apelar nuestra decisión de no enmendar su historia clínica.

Puede solicitar una lista por escrito de las divulgaciones de su información de salud que nosotros hayamos realizado o que nuestro asociado comercial haya realizado en los seis años anteriores a la fecha en la que solicite la lista, si esa divulgación es:

- Una no permitida por la ley HIPAA, a menos que haya recibido una notificación de nuestra parte de una divulgación no permitida;
- Para actividades de salud pública, excepto divulgaciones para reportar abuso o negligencia de menores;
- Para procedimientos legales o administrativos;
- Para fines de cumplimiento de la ley según se prevén en §164.512(f) de las reglamentaciones de HIPAA;
- Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad;
- Para actividades militares y de veteranos, las determinaciones de idoneidad médica del Departamento de estado, y programas de gobierno que proporcionen beneficios públicos; y
- Para divulgaciones para compensación laboral.

Puede recibir la lista de divulgaciones en papel o en formato electrónico. Produciremos en forma gratuita la primera lista solicitada en un período de 12 meses. Para solicitudes adicionales cobraremos una tarifa administrativa y le informaremos el costo antes de que incurra en cualquier costo.

Puede solicitar recibir un informe escrito que enumere quién ha tenido acceso a su información médica por hasta tres años antes de la fecha de la solicitud. Puede limitar el informe a una fecha específica, un período de tiempo o una persona, o a una organización específica o un asociado comercial específico. Produciremos en forma gratuita la primera lista solicitada en un período de 12 meses. Para solicitudes adicionales cobraremos una tarifa administrativa y le informaremos el costo antes de que incurra en cualquier costo.

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en un modo alternativo, como por ejemplo enviando el correo a una dirección diferente a su dirección particular. Su solicitud debe realizarse por escrito detallando la forma o la dirección específica con la que desea que nos comuniquemos con usted.

Puede solicitar que limitemos compartir su información médica que no sea de otra forma exigida por la ley. Tomaremos en cuenta su solicitud pero no se nos exige legalmente aceptarla, a menos que usted solicite restricciones para un plan de salud sobre los servicios que usted pagó personalmente. Le informaremos de nuestra decisión sobre su solicitud y usted puede apelar nuestra decisión por escrito dirigiéndose a nuestro Funcionario de privacidad.

Si este aviso se le envió en formato electrónico, puede solicitar una copia impresa de este aviso.

Quejas

Si le preocupa que sus derechos de privacidad hayan sido violados, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su historia clínica, puede ponerse en contacto con el Funcionario de privacidad. También puede ponerse en contacto con la línea de informes "ReportLine", una línea directa de atención las 24 horas, llamando al 1-888-302-9224. Por último puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Nuestro Funcionario de privacidad puede proporcionarle la dirección.

Bajo ninguna circunstancia será sancionado ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Locations:

Total Orthopaedic Care

4850 W Oakland Park Blvd Suite 201 Lauderdale Lakes Fl 33313

1074 Pines Blvd Suite 104 Pembroke Pines Fl 33026