

Formulario aprobado  
OMB N.º 0920-Nuevo  
Fecha de vencimiento: XX/XX/XXXX

## **Expanding PrEP in Communities of Color (EPICC+)**

### **Attachment 4h Aim 2a Cohort HIPAA Form Spanish**

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 5 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: OMB-PRA (0920-Nuevo).

## CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO

FSU IRB  
Approved  
14  
December  
2022

### AVISO DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

El cuidado médico, tratamiento o servicios ("Cuidado médico") proporcionados por empleados y/o agentes de la Junta Directiva de la Universidad del Sur de la Florida (*University of South Florida Board of Trustees*) "USF Health", están sujetos a las estipulaciones de los estatutos de la Florida §768.28. La responsabilidad por actos negligentes u omisiones de estos empleados o agentes de *USF Health* está limitada por ley a US\$200,000.00 por reclamo o dictamen por un individuo y a US\$300,000.00 por todos los reclamos o dictámenes que surjan de un mismo incidente o suceso.

- I. Autorización para cuidado médico.** Voluntariamente doy mi consentimiento para cualquier cuidado médico que sea considerado necesario y/o aconsejable a juicio de mi proveedor de servicios de salud.
- A. Entiendo que mi proveedor de servicios de salud es un empleado o agente de USF Health. También entiendo que mi proveedor de servicios de salud me va a proporcionar cuidado médico en un entorno educativo y de investigación médica. Por lo tanto, mi cuidado médico puede ser proporcionado por estudiantes residentes y/o estudiantes residentes en etapa de especialización (Fellows) bajo una supervisión adecuada, y puede ser observado, y en algunos casos asistido por estudiantes bajo una supervisión adecuada.
  - B. Entiendo que los médicos de USF Health pueden entrar en un acuerdo de supervisión formal con Proveedores de salud de practica avanzada (APP- siglas en inglés) como asistentes médicos, o enfermeras profesionales de practica avanzada conforme a las leyes de la Florida. Puede ser que yo reciba cuidado médico de un APP en lugar de un médico y entiendo que tengo el derecho de escoger el proveedor de cuidados de salud que yo prefiera. Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a cualquier cuidado médico y tengo el derecho de hablar de todo mi cuidado médico con mi proveedor de servicios de salud.
  - C. Entiendo que en el transcurso de mi cuidado y tratamiento médico, se pueden obtener especímenes/muestras que contengan mi ADN para análisis de laboratorio. USF Health solo usará esos especímenes/muestras en lo necesario para tomar decisiones de diagnosis y tratamiento médico. Se obtendrá mi aprobación para usar mi ADN fuera de procedimientos de diagnosis y tratamiento médico.
- II. Autorización para divulgar información.** *USF Health* (por medio de sus empleados, agentes, afiliados o servicios contratados de imprenta y copiado) puede divulgar mi expediente médico e información de cuenta a:
- A. Cualquier persona o corporación que sea, o pueda ser responsable del total o de una porción de mi cuenta, Incluyendo, pero sin limitarse a compañías de seguros, planes de servicios de salud y compañías de compensación de accidentes de trabajo, en la medida que sea necesario para determinar los beneficios del seguro, responsabilidad de pago y para obtener reembolso.
  - B. Cualquier médico remitente para asegurar la continuidad de mi cuidado médico.
  - C. Otros proveedores de servicios de salud dentro de *USF Health*. *USF health* mantiene un expediente médico único combinado que incluye todo el cuidado médico provisto al paciente por todos los proveedores de servicios de salud de *USF Health* y todos los proveedores de servicios de salud tienen acceso a este expediente médico.
- III. Intercambios de información de salud.** Entiendo que *USF Health* participa en uno o más de los programas de intercambio de información médica (HIES – siglas en inglés) actualmente conocido como "*Care Everywhere*". Por medio de "*Care Everywhere*", *USF*

*Health* puede compartir información de mi expediente médico electrónico que puede incluir, pero no está limitado a mis alergias, diagnósticos, resultados de exámenes de laboratorio y de escaneo, inmunizaciones, historial médico, medicamentos, resúmenes de mis visitas y también puede incluir información delicada, como VIH y enfermedades de transmisión sexual, si es aplicable con otros proveedores de servicios de salud. Estoy de acuerdo en que si no quiero que mi expediente médico sea compartido con otros proveedores de servicios de salud que participan en el programa intercambio de información médica, debo rehusarme completando el formulario de *USF Health*, de cambio de estatus de “*Care Everywhere*” (*Care Everywhere Status Change Form*) ; que debo obtener de un empleado de la recepción de *USF Health* o del Departamento de Manejo de Información de *USF Health* llamando al 813-974-4280 o en [health.usf.edu/patient-forms](http://health.usf.edu/patient-forms).

#### **IV. Acuerdo Financiero.**

- A. **Asignación de los beneficios del seguro (si corresponde).** Yo solicito que mi compañía de seguros pague a *USF Health* o a sus afiliados, todos los beneficios que correspondan relacionados con mi reclamo pendiente de cuidado médico. Estoy de acuerdo en pagar todas las cantidades de deducibles y co-seguros que correspondan y otros cargos por servicios prestados, por los cuales mi plan de seguro/*HMO* no sea responsable de pago al proveedor y estoy de acuerdo en pagar los gastos de cobro incluyendo los gastos razonables de honorarios de abogados en caso de que se establezca una acción legal para recaudar dichas cantidades.
- B. **Autorización para Medicare B (si corresponde).** Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a que la comparta con la Administración de Seguro Social (*Social Security Administration*) y los centros

de servicios de *Medicare* y *Medicaid*, o sus intermediarios o compañías asociadas o con el agente Fe Sd Ue cloRbBro Aapproved este médico o proveedor, cualquier información necesaria para este u otros reclamos médicos re1 la4 c i Do neac deo mc obne r 2022 este caso. Permiso que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico ya sea a mi persona o a la otra parte que acepte esta asignación.

- C. **Pacientes que pagan de su propio bolsillo (si corresponde).** Se me ha informado que *USF Health* no tiene un contrato para participar con mi plan de seguro o *HMO*, y/o que el cuidado médico que requiero no ha sido autorizado por mi plan de seguro/*HMO* como aplicable. Estoy pidiendo cuidado médico - a cobrarse por el servicio prestado-, como paciente que paga por cuenta propia. Estoy de acuerdo en que soy responsable por todos los costos incurridos como resultado de esta visita, incluyendo, pero no limitados a servicios profesionales médicos/quirúrgicos, de laboratorio, de radiología, y otros servicios suplementarios. Estoy de acuerdo en pagar los costos de cobro incluyendo los gastos razonables de honorarios de abogados en caso de que se establezca una acción legal para recaudar dichas cantidades.

- V. **Consentimiento expreso previo para comunicaciones con propósito de pago y recaudación de deudas.** Yo expresamente estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que con el propósito de que *USF Health* o sus empleados, agentes o afiliados puedan atender mi cuenta (incluyendo la recaudación de deudas y pagos), *USF Health* o cualquiera de sus empleados, agentes o afiliados puedan contactarme por teléfono en cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluyendo cualquier número de teléfono celular/inalámbrico, lo cual pudiera resultar en cargos a mi cuenta. *USF Health* o cualquiera de sus empleados, agentes o afiliados, también pueden contactarme acerca de pagos o para recaudar deudas, por medio de mensajes de texto o correo electrónico, usando cualquier dirección de correo electrónico o número telefónico que yo haya dado. Formas de contacto pueden incluir el usar mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o uso de aparatos de marcado automático.

- VI. **Reconozco que he recibido la información contenida en los formularios: “Receipt of Joint Notice of Privacy Practices and Notice of Organized Health Care Arrangement.”**

Reconozco que se me ha entregado una copia del [Joint Notice of Privacy Practices and Notice of Organized Health Care Arrangement](#) disponible en la página web [health.usf.edu/patient-forms](http://health.usf.edu/patient-forms) de *USF Health*, y de este modo se me ha hecho saber la manera en la que mi información médica puede ser usada y/o divulgada, y cómo puedo obtener acceso y control a/de esta información.

- VII. **(Opcional) Autorización para hablar (verbalmente) de mi cuidado médico.** Mis proveedores de servicios de salud pueden conversar acerca de mi cuidado médico con los siguientes individuos:

---

Nombre y relación

---

Número de teléfono

---

Nombre y relación

---

Numero de teléfono

Por medio de mi firma abajo, reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con lo anterior en lo que esté relacionado conmigo y/o mis hijos menores de edad, si *USF Health* o alguno de sus representantes me/nos provee cuidado médico. Una copia firmada debe ser tan válida como el original.

---

Nombre del paciente (Letra de imprenta)

---

Firma (Paciente o representante)

**Relación con el paciente (Por favor escoja una)**

- Paciente
- Padre/Madre
- Guardian legal/Tutor

---

Fecha