



Tampa Family Pharmacy | DBA: TFP Wellness Systems
 12470 Telecom Drive, Suite 110W, Tampa, FL. 33637
 Teléfono: (813) 871-5161 | Llamada gratuita: (866) 871-5670
 Fax: (813) 877-2479

Correo electrónico: TFP@TFPspecialty.com
 Sitio web: www.TampaFamilyPharmacy.com

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

Tus Derechos

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su historial médico:	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.
Pídanos que corrijamos su historial médico	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que corrijamos la información médica que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. • Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.
Solicitar comunicación confidencial	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. • Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos rechazarla si esto afectara su atención médica. • Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o para nuestras operaciones. • Aceptaremos la solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.
Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar un informe de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones (como las que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.
Obtenga una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
Elige a alguien que actúe por ti	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos. Para ello, póngase en contacto con nosotros a través de la información de contacto que figura más arriba. • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. • Puede presentar una queja ante las siguientes agencias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. ○ Junta de Farmacia de Florida - Teléfono: (850) 245-4339. Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275. Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante otra junta de farmacia estatal, visite https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy ○ También puede presentar quejas y reclamos a la Comisión de Acreditación para la Atención Médica, Inc. “ACHC” al 855-937-224.

Tus Opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, contáctenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en caso de desastre.
- Incluir su información en un directorio del hospital.
- Contactarlo para recaudar fondos.

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podremos compartirla cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica? Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratarte	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ejemplo: Un médico que lo atiende le pregunta qué otros medicamentos están tomando.
Dirige nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.
Factura por tus servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ejemplo: Le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien común, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prevención de enfermedades ➢ Ayuda con el retiro de productos del mercado ➢ Reporte de reacciones adversas a medicamentos ➢ Reporte de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica ➢ Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
Investigar	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
Consentir con ley	<ul style="list-style-type: none"> • Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Continúa en la página 3...

Nuestros usos y divulgaciones

Continuación...

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
Trabajar con un médico forense o un director de funeraria	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.
Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para reclamos de compensación laboral ➤ Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de las fuerzas del orden ➤ Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley ➤ Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Sus Derechos con Respecto a la Privacidad de la Atención de la Salud Reproductiva

- Tenemos prohibido usar o divulgar su información médica protegida (PHI) para realizar una investigación penal, civil o administrativa sobre cualquier persona, o para imponer responsabilidad a cualquier persona, por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legal.
- La atención de salud reproductiva se define ampliamente como la atención, los servicios o los suministros relacionados con la salud de un individuo en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias

La información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias está protegida por la ley federal (Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2). No divulgaremos estos registros sin su consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas, como emergencias médicas o para realizar tratamientos, pagos o atención médica.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.
- Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Este aviso entra en vigor el 16 de febrero de 2026. Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud en Tampa Family Pharmacy y en nuestro sitio web.

TFP Wellness Systems

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a:

1. Recibir información completa, verbal o escrita, con antelación sobre los servicios/atención que se le proporcionarán.
2. Recibir información sobre cualquier cargo que pueda surgir antes del tratamiento o la administración de medicamentos.
3. Recibir un trato digno, cortés y respetuoso como persona única, sin discriminación.
4. Poder identificar a los empleados de la empresa por su nombre y cargo (placa identificativa, cargo) y hablar con un farmacéutico si así se lo solicita.
5. Elegir un proveedor de atención médica y farmacéutico.
6. Recibir información sobre el alcance de la atención/servicios que ofrece TFP, así como sobre cualquier limitación en la capacidad de la empresa para la atención/servicios.
7. Recibir, previa solicitud, información sobre prácticas basadas en la evidencia para la toma de decisiones clínicas (prospecto del fabricante, guías de práctica publicadas, revistas revisadas por pares, etc.), incluyendo el nivel de evidencia o consenso que describe el proceso de intervención en casos donde no existe investigación basada en la evidencia, evidencia contradictoria o ningún nivel de evidencia.
8. Recibir, con antelación a la prestación de los servicios, explicaciones completas, verbales o escritas, de los pagos previstos de Medicare o de cualquier otro pagador externo, los cargos de los que pueda ser responsable y una explicación de todos los formularios que se le solicite firmar.
9. Recibir medicamentos y servicios de calidad que cumplan o superen los estándares profesionales y de la industria, independientemente de su raza, religión, ideología política, sexo, situación socioeconómica, edad, estado de enfermedad, orden de no reanimar (DNR) o discapacidad, de acuerdo con las órdenes médicas.
10. Recibir medicamentos y servicios de personal cualificado y recibir instrucciones y formación sobre el manejo y la administración segura de medicamentos.
11. Recibir información sobre el estado de su pedido. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y hablar con un empleado de farmacia de TFP.
12. Recibir respuesta inmediata a todas sus consultas.
13. Ser informado de sus derechos y responsabilidades durante todo el proceso de tratamiento.
14. Un paciente tiene derecho a conocer las normas y regulaciones que rigen su conducta.
15. Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en sus registros y de la Información Médica Protegida (salvo que la ley o los contratos con terceros pagadores dispongan lo contrario).
16. Si lo desea, ser derivado a otros proveedores de atención médica dentro de un sistema externo de atención médica (por ejemplo, dietista, servicios de salud mental, etc.). Los pacientes también pueden ser derivados a su médico para seguimiento.
17. Recibir información sobre cuándo y a quién se divulgó su información médica personal, según lo permita la legislación aplicable y lo especificado en las políticas y procedimientos de la compañía.
18. Expresar insatisfacción, inquietudes o quejas por falta de respeto, trato o servicio, y sugerir cambios en las políticas, el personal o los servicios sin discriminación, restricción, represalias, coerción ni interrupción irrazonable de los servicios. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y solicitar hablar con un farmacéutico, supervisor o director de farmacia.
19. Solicitar que se investiguen adecuadamente las inquietudes, quejas o insatisfacción con los servicios.
20. Recibir asistencia con cualquier programa interno elegible que ayude con los servicios de gestión de pacientes, programas de copago del fabricante y de asistencia al paciente, y programas de planes de salud (programas para dejar de fumar, manejo de enfermedades, prevención del suicidio/salud conductual).
21. Tenga en cuenta el número de farmacia, (813) 871-5161, para fuera del horario de atención, así como para el horario comercial normal de lunes a jueves de 8a.m. a 5:30p.m., viernes de 8a.m. a 12:30p.m., sábado/domingo cerrado (EST).
22. Recibir información sobre cualquier cambio en el plan de servicios antes de que se realice.
23. Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de atención/servicio.
24. Recibir información en una forma, formato y/o idioma que comprenda.
25. Que sus familiares, según corresponda y lo permita la ley, con su permiso o el de su representante para la toma de decisiones, participen en las decisiones sobre atención, tratamiento y/o servicios.
26. Estar plenamente informado de sus responsabilidades.
27. Ser inscrito automáticamente en el Programa de Gestión de Pacientes de TFP como paciente de TFP sin coste adicional. Tiene derecho a optar por no participar, rechazar la participación, revocar el consentimiento o darse de baja de cualquier servicio de TFP en cualquier momento. Para obtener más información sobre el Programa de Gestión de Pacientes, llame a TFP y pregunte por un farmacéutico clínico.
28. Conocer la filosofía y las características del Programa de Manejo de Pacientes, que su información médica personal se comparta con dicho programa únicamente de conformidad con las leyes estatales y federales, hablar con un profesional de la salud, recibir información sobre el programa y recibir información administrativa sobre cambios (o la terminación) del mismo.
29. Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual o físico, incluyendo lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
30. El paciente tiene derecho a expresar sus quejas, hacer sugerencias a la organización y presentar quejas ante la Junta de Farmacia de Florida. Teléfono: (850) 245-4339. Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275. Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante la junta de farmacia de otro estado, visite <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado. También puede presentar quejas y reclamos ante la Comisión de Acreditación para la Atención Médica, Inc. (ACHC) al 855-937-2242.

Los pacientes tienen la Responsabilidad de:

1. Cumplir con el plan de tratamiento o servicio establecido por su médico y notificarle su participación en el Programa de Gestión de Pacientes de TFP.
2. Notificar a TFP si está hospitalizado, si hay cambios en su medicación o si hay otros asuntos relacionados con su salud.
3. Informar a su médico que es paciente de TFP y que está inscrito en nuestro Programa de Gestión de Pacientes.
4. Participar en el desarrollo de un plan eficaz de atención, tratamiento o servicios. Los farmacéuticos abordarán con usted cualquier inquietud o pregunta que tenga sobre su medicación. Los temas que se abordan incluyen la descripción general de la enfermedad, la medicación, la dosis, cuándo tomarla, las interacciones, los efectos secundarios y cualquier otro aspecto adecuado a sus necesidades específicas.
5. Participar en las revisiones periódicas del plan de atención y cualquier cambio implementado.
6. Proporcionar, según su leal saber y entender, información médica y personal precisa y completa necesaria para planificar y brindar atención o servicios.
7. Hacer preguntas sobre su atención, tratamiento o servicios.
8. Recibir aclaraciones de las instrucciones proporcionadas por los representantes de la compañía.
9. El paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional de la salud.
10. Comunique cualquier información, inquietud o pregunta relacionada con los riesgos percibidos en sus servicios y los cambios inesperados en su condición.
11. Tratar al personal de la farmacia con respeto y dignidad, sin discriminación por color, religión, sexo u origen nacional o étnico.
12. Proporcionar un entorno seguro para que los representantes de la organización presten servicios.
13. Usar los medicamentos según las instrucciones proporcionadas, para el propósito para el que fueron recetados y solo para/en la persona a quien fueron recetados.
14. Comunicar cualquier inquietud sobre la capacidad para seguir las instrucciones proporcionadas.
15. Liquidar con prontitud los saldos pendientes, excepto cuando sea contrario a la ley federal o estatal.
16. Notificar a la farmacia sobre cualquier cambio en la receta o la cobertura del seguro.
17. Notificar a la farmacia inmediatamente sobre cualquier cambio de dirección o teléfono, temporal o permanente. Como parte del Programa de Gestión de Pacientes, usted tiene la responsabilidad de presentar los formularios necesarios para participar en el programa, en la medida que lo exija la ley, y de proporcionar información clínica y de contacto precisa, y de notificar al programa de gestión de pacientes sobre cualquier cambio en esta información.

A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, todos los materiales de estas páginas son creados por TFP Wellness Systems. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de estas páginas, ya sea texto o imagen, podrá utilizarse para ningún otro fin que no sea el uso personal. Por lo tanto, queda estrictamente prohibida la reproducción, modificación, almacenamiento en un sistema de recuperación o retransmisión, en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico o de otro tipo, para fines distintos del uso personal, sin autorización previa por escrito.

Al firmar a continuación, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de TFP Wellness Systems.

Firma: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha de Firma: _____

Approved By: TFP Quality Committee Creation Date: 6/25/2014 Revision Date(s): 12/1/15, 3/1/16, 1/25/17, 5/30/19, 3/25/20, 3/18/24, 4/10/25, 2/16/26
--