



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reglamentos de HIPPA (Health Insurance Portability y Accountability Act) nos obligan a proporcionar a usted, el representante del paciente o personal, una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad y para firmar como reconociendo el recibo de este folleto.

Imprimir nombre

Relación con el paciente

Firma

Fecha

Cómo podemos comunicarnos con usted y todavía proporcionan la privacidad y seguridad que usted requiere como protección de su salud y la información personal:

Por favor marque todas las que apliquen:

Teléfono y mensajes de tu contestador.

Teléfono y mensaje a otra persona.

(Indique nombre _____)

Por correo

En contacto con usted en el trabajo.

(Por favor da número de teléfono _____)



___ Designado cuidador, tutor legal o familiar.

(Por favor especifique _____)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(efectivo 01/09/17)

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

Se preocupan por la privacidad de nuestros pacientes y esforzarnos proteger la confidencialidad de su información médica en esta práctica. Nueva legislación federal requiere que emitimos esta nota oficial de nuestras prácticas de privacidad. Usted tiene el derecho a la confidencialidad de su información médica, y esta práctica está obligada por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida. Esta práctica es necesaria para acatar los términos y el aviso de prácticas de privacidad actualmente en efecto y dar aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con la oficina de privacidad en esta práctica.

QUE SEGUIRÁ ESTE AVISO

Cualquier profesional médico autorizado para entrar información en su expediente médico, todos los empleados, personal y otro personal en esta práctica que necesite acceso a su información debe acatar este aviso. Todas las filiales, asociados de negocios, sitios y lugares de esta práctica pueden compartir información médica entre sí para el tratamiento, con fines de pago u operaciones de cuidado de la salud descritas en este aviso. Excepto cuando se trata de tratamiento, se compartirán sólo la información necesaria mínima necesaria para realizar esta tarea.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que podemos usar y divulgar su información médica sin su consentimiento, expreso o autorización. Ejemplos se encuentran en cada categoría de usos o divulgaciones. No todo posible uso o revelación en una categoría está en la lista.

PARA EL TRATAMIENTO

Podemos utilizar información médica sobre usted para proveerle tratamiento médico de los servicios. Ejemplo: En el tratamiento de te para una condición específica, podemos necesitar saber si usted tiene alergias que podrían influir en medicamentos que prescriben para el proceso de tratamiento.

PARA EL PAGO

Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que usted recibe de nosotros pueden ser facturados y pago puede ser recogidos de usted, su compañía de seguros, o un tercero. Ejemplo: Podemos necesitar enviar su información de salud protegida, como su nombre, dirección, fecha de la visita de oficina y códigos de identificación de su diagnóstico y tratamiento a su compañía de seguros para el pago.



PARA OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD

Podemos usar y revelar información médica acerca de usted de salud operación para asegurar que usted recibe atención de calidad. Ejemplo: Podemos utilizar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN EL CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN

- Como sea necesario durante una investigación por agencias del orden público
- Para evitar una amenaza grave para la seguridad o salud pública
- Como es requerido por las autoridades de comando militar para sus expedientes médicos
- Compensación de trabajadores o programas similares para el procesamiento de reclamaciones
- En respuesta a un procedimiento legal
- A un forense o examinador médico para la identificación de un cuerpo
- If un preso, a la Correccional institución o ley oficial de la
- Como es requerido por la US Food y Drug Administration (FDA)
- Actividades de tratamiento de otros proveedores de salud
- Otras entidades cubiertas y los proveedores de actividades de pago
- Actividades de operaciones de atención médica de otras entidades cubiertas (en la medida permitida bajo HIPAA)
- Usos y divulgaciones requeridas por ley
- Usos y divulgaciones en situaciones de abandono o violencia domésticas
- Actividades de vigilancia de la salud
- Otras actividades de salud pública

Nos comuniquemos con usted para proveer recordatorios de citas o información sobre tratamiento alternativo u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se hará sólo con nuestra autorización por escrito. Si usted nos da autorización para utilizar o revelar información médica acerca de usted, usted hacer revocar esa autorización, por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, después de eso ya no usar o divulgar su información médica por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que estamos obligados a mantener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

LOS DERECHOS INDIVIDUALES CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el oficial de privacidad en esta práctica o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No ser penalizado o discriminado para archivar una queja.

Derecho a solicitar restricciones: Tienes derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago de operaciones de atención médica o a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su atención. No estamos

obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en esta práctica. En su petición, usted debe decirnos qué información desea limitar.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tienes derecho a solicitar cómo deberíamos enviar comunicación acerca de asuntos médicos, y donde desea que las comunicaciones enviadas. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición al oficial de privacidad en esta práctica.

No le pediremos la razón de su petición. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho a denegar una petición si impone una carga irrazonable sobre la práctica.

Derecho a inspeccionar y copiar – Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente esto incluye registros médicos y de facturación pero no incluye notas de psicoterapia, información había compilada para su uso en una acción civil, criminal o administrativa o del procedimiento y que el acceso está prohibido por la ley de información de salud protegida. Para inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para hacer decisiones sobre usted, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en esta práctica. Si usted solicita una copia de la información, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío por correo, u otros suministros asociados con su petición. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Otro elegido profesional médico con licencia por la práctica revisará su petición y la negación. La persona llevar a cabo la revisión no será la persona que negó su petición. Nos conformaremos con el resultado de la revisión.

Derecho a modificar, Si crees que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda mientras la información se mantiene. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y presentada al oficial de privacidad en esta práctica. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información médica en esta práctica, no es parte de la información que permitiría examinar o copiar, o que consideran exactos y completos. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. Puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación. Declaraciones de desacuerdos y cualquier correspondientes refutaciones se conserva y envió con cualquier futuro autorizadas solicitudes de información relacionada con la parte correspondiente de su registro.

Derecho a una contabilidad de accesos no estándar – Tienes derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted. Para solicitar una lista, debe enviar su solicitud al oficial de privacidad en la práctica. Su petición debe indicar el período para el cual desea recibir una lista de divulgaciones que no es más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar de qué forma quiere la lista (ejemplo: en papel o



electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo de proporcionar esta lista.

Derecho a una copia de este aviso: Usted tiene el derecho a una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia del aviso actual, por favor solicite y se le dará a usted.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado efectivas para información médica que ya tengamos sobre usted así como información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual, con la fecha en la esquina superior izquierda de la primera página.