



HIPAA ANUNCIO SOBRE PRACTICAS PRIVADAS

ESTE ANUNCIO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU HISTORIA CLINICA Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION .POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

Este contenido de las practicas de privacidad se refiere a la forma en que nosotros podemos usar y divulgar su historia clinica (PHI) para realizar tratamiento, forma de pago o cualquier funcion para el cuidado de la salud (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Tambien contiene sus derechos para acceder y controlar la proteccion de su historia clinica. "Proteccion de la informacion medica" es la informacion acerca de usted, incluyendo datos personales, que permitan identificarlo y conocer su pasado, presente o futuro sobre la condicion de la salud fisica o mental.

USOS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION PRIVADA DE LA SALUD.

Su informacion de salud protegida puede ser usada y divulgada por su medico, por nuestro personal y por otras personas relacionadas con el tratamiento de su salud, pago de servicios medicos y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros usaremos y divulgaremos la informacion sobre su salud para proveer, coordinar o manejar todo lo relacionado con la misma. Esto incluye la coordinacion o manejo de su salud con otro grupo. Por ejemplo esta informacion puede ser revelada al medico encargado de su diagnostico y tratamiento.

Pago: Su informacion podra ser usada, segun sea necesario, para obtener los pagos de servicios medicos. Por ejemplo para aprobar una hospitalizacion se requiere divulgar toda la informacion privada sobre su salud.

Operaciones del cuidado de la salud: Nosotros podemos usar los datos de su salud con el fin de respaldar los servicios medicos. Estas actividades incluyen, sin limitaciones, la calidad de evaluaciones, resumen de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias, obtencion de fondos u organizar otras actividades comerciales. Ejemplo, podemos revelar su estado de salud a estudiantes de medicina que trabajan con nosotros. Asi mismo usamos un formulario de registracion el cual debera firmar indicando su nombre y el de su medico. Tambien lo llamaremos por su nombre en la sala de espera cuando su medico este preparado para verlo. Podemos utilizar su informacion, segun sea necesario, para recordarle sus citas y para informarle sobre alternativas de tratamiento y otros beneficios para su salud que le puedan interesar.

Tambien podemos dar a conocer la informacion de su salud sin su autorizacion, en los siguientes casos: Estos incluyen los temas de la salud publica, como lo exige la ley, enfermedades contagiosas, supervision de la salud, abuso o descuido, requisitos de la Administracion de Drogas y Alimentos, procedimientos legales, medicos forenses, director de funerarias, donacion de organos, investigaciones, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, indemnizacion a trabajadores, reclusos y otras divulgaciones necesarias. Por ley daremos informacion de su salud cuantas veces la solicite. Tambien por ley estamos obligados a divulgar su historia clinica a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar si se cumplen los requerimientos bajo la seccion 164.500.

En cualquier otro caso solo se dara informacion con su consentimiento y autorizacion con el derecho de objecion, a menos que se requiera por ley. Usted puede revocar la autorizacion por escrito en cualquier momento, excepto cuando su medico o grupo de medicos han tomado una accion en base de la informacion divulgada en la autorizacion.

SUS DERECHOS

A continuacion sus derechos con respecto a la proteccion de su historia clinica.

Bajo la ley federal, usted tiene el derecho de revisar y obtener copia de su historial medico (puede generar costos), sin embargo usted no podra consultar ni obtener copia de los siguientes registros: notas sobre psicoterapia, informacion recopilada con anticipacion para uso en accion civil, criminal o administrativa, informacion de salud restringida por la ley, informacion relacionada con investigaciones medicas en las cuales usted acepto participar, informacion cuya divulgacion puede lesionar al interesado u otra persona, informacion que fue obtenida bajo la promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restrincion de la informacion de su salud. Quiere decir que nos puede pedir no usar o divulgar parte de su historia clinica y por ley nos obliga cumplir con la proteccion de la misma, si la informacion se relaciona solamente a un evento del cuidado de salud o un servicio que ha sido pagado en su totalidad de su propio bolsillo. Tambien puede exigir que cualquier informacion de su salud no se divulgue a miembros de su familia o amigos que puedan estar involucrados en el cuidado de su salud o con fines de notificacion descritas en este anuncio sobre las practicas de privacidad. Su pedido debe especificar la restriccioin a quienes debe aplicar. Por ley no puede solicitarnos restricciones en la divulgacion de su (PHI) informacion protegida de salud con fines de tratamiento.

Usted tiene el derecho a recibir de nosotros, comunicados confidenciales de un modo o lugar diferente. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso, previa solicitud, aunque usted haya acordado aceptar esta nota por un medio alternativo o via electronica. Puede modificar la informacion de su salud- Si nosotros negamos esa solicitud, tiene el derecho de presentar una declaracion de desacuerdo y nosotros podriamos refutarla y al mismo tiempo facilitarle una copia de la misma.

Usted tiene derecho de recibir un informe de ciertos elementos que han sido revelados, excepto los autorizados para propositos de tratamiento, pago y operaciones de atencion de la salud, requeridos por la ley y que sucedieron seis anos antes de Abril 14, 2003.

Tambien el derecho de obtener copia de este aviso aun si ha accedido a recibir copia electronicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los terminos y si esto sucede, se lo comunicaremos en la siguiente cita. Tambien le pondremos a su disposicion los nuevos anuncios si desea obtenerlos.

QUEJAS

Si sospecha que el derecho a su privacidad ha sido violado por nosotros, puede someter una queja con el Departamento de Relacion al Paciente o con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos. Nosotros no tomaremos ninguna represalia por su queja.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar individualmente esta nota de nuestras practicas legales de deberes e intimidad con respecto a la informacion protegida de la salud. Tambien estamos obligados a cumplir con los terminos de este aviso y su vigencia. Si tiene cualquier pregunta sobre esta forma, favor comunicarse con nuestro funcionario HIPP, en persona o llamar al numero principal de nuestra oficina.

Por favor firme como "reconocimiento" de que ha recibido copia de esta notificacion de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad.

Firmado: _____ Fecha: _____