



Lake Worth Pediatrics

3112 S Congress Ave., Ste A
Palm Springs, Florida 33461
Teléfono: (561) 964-0110 | Fax: (561) 964-0401

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestro consultorio que estén involucradas en su atención y tratamiento con el propósito de brindarle servicios de atención médica, para pagar sus facturas de atención médica, para respaldar el funcionamiento de la práctica médica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaremos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica domiciliar que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que haya sido remitido para garantizar que tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar.

Pago

Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para un hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias, actividades de marketing y recaudación de fondos, y realizar o organizar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de la facultad de medicina que atienden pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos utilizar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme con su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen, según lo exige la ley, cuestiones de salud pública según lo exige la ley, enfermedades transmisibles: supervisión de la salud: abuso o negligencia: requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos: procedimientos legales: aplicación de la ley: forenses, directores de funerarias y donación de órganos: investigación: penal Actividad: Actividad militar y seguridad nacional: Compensación laboral: Reclusos: Usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacerle divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizará únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. **Usted puede revocar esta autorización**, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico hayan tomado una acción basándose en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Tus derechos

A continuación encontrará una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada con anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a leyes que prohíben el acceso a información de salud protegida.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos y divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si el médico cree que es mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. Entonces tiene derecho a utilizar otro profesional sanitario.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener de nuestra parte una copia impresa de este aviso. Previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, es decir, electrónicamente.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información de salud protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podremos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si corresponde, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Entonces tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando su queja a nuestro contacto de privacidad. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso fue publicado y entra en vigor el 14 de abril de 2003 o antes.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPM en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre en letra de molde Firma

Fecha