



FORMULARIO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas) proporciona salvaguardias para proteger su privacidad. La aplicación de los requisitos de la HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amistosa". Un texto más completo se publica en la oficina.

De qué se trata todo esto: Específicamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información médica protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio profesional de calidad y atención. Hay información adicional disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para asegurarse de que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos del paciente pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique la condición o información de un paciente que no sea ya una cuestión de registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que dichos registros pueden ser dejados, al menos, temporalmente, en áreas administrativas como la oficina de recepción, sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es la política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo electrónico de EE. UU., o por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicitado por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones informle de cambios en la política de la oficina y nueva tecnología que usted podría encontrar valiosa o informativa.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de la HIPAA.
4. Usted entiende y acepta inspecciones de la oficina y revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta traer cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o el médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Aceptamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina que le concierne. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su solicitud.
10. Uso de medios electrónicos de comunicación: Doy mi consentimiento para el uso de medios electrónicos para comunicarse con el médico y el personal. Las comunicaciones electrónicas incluyen, entre otras, correo electrónico, teléfono y/o videoconferencia

Yo, _____ Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento,

Fecha _____.