

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

**Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de esta notificación a petición.**

### **Información de salud del paciente**

Bajo ley federal, su información de salud del paciente está protegida y confidencial. Información de salud del paciente incluye información acerca de sus síntomas, resultados de la prueba, diagnóstico, tratamiento y la información médica relacionada. Su información de salud también incluye la información de pago, facturación y seguros.

### **Cómo usamos su información de salud del paciente**

Utilizamos información médica sobre usted para tratamiento, para obtener el pago y para operaciones de atención médica, incluyendo propósitos administrativos y evaluación de la calidad de atención que usted recibe. Bajo ciertas circunstancias, podemos ser requeridos a utilizar o divulgar la información sin su permiso.

### **Ejemplos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud**

Tratamiento : Utilizar y divulgar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento se registre información en su expediente y utilizarla para determinar el curso más apropiado de la atención. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que están llenando sus recetas y a miembros de la familia que están ayudando con su cuidado.

Pago: Nosotros usaremos y revelaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo, podemos necesitar obtener la autorización de su compañía de seguros antes de dar ciertos tipos de tratamiento. Vamos a

Operaciones de cuidado de la salud : Utilizar y divulgar su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas estándar, incluyendo la apropiada administración de registros, evaluación de la calidad del tratamiento y evaluar la atención y los resultados de su caso y otros como él.

### **Usos especiales**

Podemos usar su información para contactarlo con recordatorios de citas. También podemos contactar con usted para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento o de otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

### **Otros usos y revelaciones**

Podemos utilizar o divulgar información de salud identificable acerca de usted por otras razones, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, estamos autorizados a dar información médica sin su permiso para los siguientes propósitos:

- *Requerido por la ley*: Nosotros podemos ser requeridos por la ley a heridas de bala de informe, sospechada de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.
- *Actividades de salud pública*: Como es requerido por la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el mercado de los productos peligrosos y similar información a las autoridades de salud pública.
- *Supervisión de salud*: Podemos ser obligados a revelar información para ayudar a las investigaciones y auditorías, elegibilidad para los programas de gobierno y actividades similares.

<p>presentar proyectos de ley y mantener los registros de pagos de su plan de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Judiciales y procedimientos administrativos:</i> Podemos divulgar información en respuesta a una adecuada citación u orden judicial.</li> </ul> <p><i>(continúa al reverso)</i></p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fines de la aplicación de la ley:</i> Sujeto a ciertas restricciones, podemos divulgar la información requerida por las autoridades.</li> <li>• <i>Las muertes:</i> Podemos reportar información sobre muertes a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos.</li> <li>• <i>Grave amenaza para la salud o seguridad:</i> Podemos usar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.</li> <li>• <i>Funciones de gobierno militar y especial :</i> Si eres un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información requerida por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.</li> <li>• <i>Investigación:</i> Podemos utilizar o divulgar información para la investigación médica aprobada.</li> <li>• <i>Compensación de trabajadores:</i> Nosotros podemos revelar información sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares, proporcionando beneficios para accidentes de trabajo o enfermedad.</li> </ul> <p>En cualquier otra situación, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información de salud identificable acerca de usted. Si usted elige firmar una autorización para divulgar información, después podrá revocar dicha autorización para detener cualquier futuros usos y divulgaciones.</p> <p><b>Derechos individuales</b></p> <p>Tienen los siguientes derechos con respecto a su información de salud. Por favor, póngase en contacto con la persona indicada a continuación para obtener la forma apropiada para el ejercicio</p>	<p>información de salud. Puede haber un pequeño cargo para las copias.</p> <p><u>Modificar la información :</u> Si crees que la información en su expediente es incorrecto, o si falta información importante, usted tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o añadir la información que falta.</p> <p><u>Contabilidad de divulgaciones :</u> Usted puede solicitar una lista de casos donde nosotros hemos divulgado información médica por razones que no sean tratamiento, pago u operaciones de atención médica.</p> <p><b>Nuestro deber Legal</b></p> <p>Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su información de salud, proporcionar este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de salud y a respetar los términos del aviso actualmente en efecto.</p> <p><b>Cambios en las prácticas de privacidad</b></p> <p>Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y el nuevo aviso en la sala de espera y cada sala de examen. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con la persona mencionada abajo.</p> <p><b>Quejas</b></p> <p>Si le preocupa que hemos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión acerca de sus registros, usted puede contactar a la persona indicada a continuación. También puede enviar una queja por escrito a la Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. La persona mencionada abajo le proporcionará la dirección adecuada a petición. Usted no será penalizado de alguna manera para presentar una queja.</p>
---	--

de estos derechos.

Solicitar restricciones : Usted puede requestricciones t en ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero si estamos de acuerdo, debemos acatar esas restricciones.

Comunicaciones confidenciales : Puede pedir nos comuniquemos con usted confidencialmente por, por ejemplo, enviando notificaciones a una dirección especial o no utilizar postales para recordarle citas.

Inspeccionar y obtener copias : En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver u obtener una copia de su

### **Persona de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta, peticiones o reclamaciones, póngase en contacto con:

Nombre: Misty Kelly

Título: administrador

Dirección: 3215 Santuario Rd, Ste 8  
Brunswick Georgia 31520

Número de teléfono: 912-264-9029

**Fecha:** La fecha de vigencia de este aviso es \_\_\_\_  
14/04/2003.

**ACUSE DE RECIBO**  
**DERECHOS DE PRIVACIDAD Y PACIENTE**

He sido informado de la notificación de prácticas de privacidad en el centro de cirugía de la Premier.

He recibido información en idioma que entiendan y la oportunidad de hacer preguntas sobre:  
Directivas anticipadas  
Mis derechos como paciente  
Propiedad de mi médico en el ASC

He sido proporcionado una copia de mi anticipadas a la ASC  sí  No

He solicitado y recibido información sobre las directivas anticipadas  sí  No

Firma del paciente: fecha \_\_\_\_: \_\_\_\_

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_ relación con el paciente; \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CLÍNICA**

**A:** Name \_\_\_\_\_

Persona fecha de nacimiento: \_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_

Phone# \_\_\_\_\_