

HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

Revisado 2013

Vigente a partir del April/14/2003
Revisado March/26/2013

Piedmont Plastic Surgery & Dermatology
315 19th St SE
Hickory, NC 28602
828-325-9849

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de salud relacionados.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas médicas, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para el diagnóstico o tratamiento.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información médica protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita, y le informará sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Si usamos o divulgamos su información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos, que le ofrecerá la opción de optar por estas actividades. También puede optar interactivo

Podemos usar o revelar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, problemas de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la administración sanitaria, requisitos de supervisión, el abuso o negligencia de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, la policía, médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos, la investigación criminal actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted por su requerimiento. Según la ley, también hay que divulgar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán solamente con su **consentimiento, autorización** o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de marketing. Es posible que no venderá su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No vamos a utilizar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Usted puede revocar su autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (de pago) - De acuerdo a su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida, ya sea en papel o en formato electrónico. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o utilizados en, una acción o procedimiento, la información de salud protegida civil, penal o administrativa restringido por la ley, la información que está relacionado con la investigación médica en la que han aceptado participar, la información cuya divulgación puede causar daño o lesiones a usted o a otra persona, o la información que se obtuvo bajo la promesa de confidencialidad.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida - Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, salvo si solicita que el médico no divulga información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica para la que ha pagado en su totalidad de su bolsillo.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida - Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, papel o electrónicos, excepto las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; exige la ley, que tuvo lugar antes del 14 de abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento - Le notificaremos si su información de salud protegida sin garantía ha sido violada.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias de nuestro nuevo aviso, si desea obtener uno.

QUEJAS

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

HIPAA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

teléfono

email

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar a las personas con, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. Por favor firme el formulario "Reconocimiento" que lo acompaña. Tenga en cuenta que al firmar el formulario de reconocimiento sólo se le reconoce que ha recibido o le han dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Provided By HCSI - Revisado 2013