

Notificación de Practicas de Privacidad y Reconocimiento

Entiendo que en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad del 1996 (“HIPAA”) y la Ley de Confidencialidad. HIPAA tiene ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente.
- Obtener el pago de salud y / o de compañías privadas de seguros.
- Operaciones de atención médica que incluyan los aspectos del negocio para construir nuestra práctica. Ejemplos de esto serian el hecho de firmar en una forma adecuada cuando usted tiene una cita, llamando para confirmar citas, dejando mensajes en su grabadora con respecto a su cita, el envío de recordatorios / tarjeta de cita en el corrió con nuestro nombre de la practica. Utilizando su nombre o el nombre de un miembro de la familia primero y en ultimo, mientras le servimos en nuestra oficina, hablar con / o permitir que los miembros inmediatos de la familia o tutores en el proceso del examen para permitir una mejor comprensión de las opciones de tratamiento cuando sea necesario.

He recibido, leído y entendido la Notificación de Practicas de Privacidad que contiene una descripción de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Notificación de Practicas de Privacidad de vez en cuando y que uno puede comunicarse con este organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada de la Notificación de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito tener restricciones en como mi información puede ser usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago o operaciones de salud. También entiendo que no están obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted esta de acuerdo, entonces están obligados a respetar estas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so, I documented the reason below:

Date: _____ Employee Initials: _____ Reason: _____

Derechos y Responsabilidades

Como paciente de ApolloPhysicians, usted tiene el derecho de:

- ❖ Cuidado de atención, con respeto y sin ser discriminado/a.
- ❖ Saber el nombre y las calificaciones profesionales del proveedor médico encargado de su tratamiento.
- ❖ Escoger su proveedor médico.
- ❖ Recibir la información correcta y comprensible sobre cualquier tratamiento procedimiento propuesto para que usted pueda hacer una decisión informada sobre su cuidado médico. Esta información va a incluir:
 - Una descripción del tratamiento o el procedimiento
 - Los riesgos médicos importantes
 - Otros tratamientos alternativos o falta de tratamientos y los riesgos involucrados
- ❖ Participar totalmente en las decisiones sobre su cuidado médico.
- ❖ Confidencialidad y protección de la privacidad sobre su programa de cuidado médico, su expediente y toda la información médica personal. Usted tiene el derecho de que se le avise sobre las razones de la participación de cualquier individuo durante una exanimación médica o una conversación sobre su información médica.
- ❖ El derecho de obtener, revisar o copiar su expediente médico de acuerdo con la ley.
- ❖ Recibir su cuenta detallada por todos los servicios y una explicación de cualquier cargo incluyendo los servicios que corresponden a cobrar a su seguro médico.
- ❖ Que se revisen todas las quejas o preocupaciones que tenga usted de acuerdo con nuestro procedimiento establecido, sin miedo de represalias.

Como paciente de ApolloPhysicians, usted tiene la responsabilidad de:

- ❖ Tener consideración y respeto con el personal del Centro y con los otros pacientes.
- ❖ Dar información precisa y completa sobre sus preocupaciones médicas actuales, su historial médico pasado y cualquier otro asunto relacionado a su salud.
- ❖ Participar y colaborar con el proveedor médico para formar su plan de tratamiento médico.
- ❖ Hacernos saber si usted entiende el tratamiento médico y lo que se espera de usted.
- ❖ Seguir el plan de tratamiento establecido por los proveedores médicos de su caso.
- ❖ Asistir a sus citas o avisar la oficina con tiempo si les es imposible llegar a una cita.
- ❖ Respetar las reglas y los procedimientos de este Centro de Salud, al igual que el de cualquier seguro médico o programa de beneficios del gobierno.
- ❖ Dar información precisa sobre su situación financiera, sus datos demográficos y su seguro médico.
- ❖ Cumplir con su compromiso financiero relacionado a su tratamiento.
- ❖ Supervisar a sus niños mientras están en el Centro de Salud.

He leído y comprendido los derechos y responsabilidades del paciente:

Firma de la persona responsable / Paciente:

Fecha:
