



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por ley a mantener que la privacidad de nuestros pacientes con información de salud (PHI) protegida y a ofrecer a los pacientes con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Estamos obligados a acatar los términos de este aviso mientras esté en vigencia. Este aviso entra en vigor 23 de septiembre de 2013 y permanecerá en efecto hasta que la reemplazamos. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso de privacidad según sea necesario, siempre y cuando tales cambios son permitidos por las leyes aplicables.

EJEMPLOS DE USO Y DIVULGATIVA PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y CUIDADO DE LA SALUD

Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar su información médica a otros profesionales involucrados en su atención. También podemos divulgar su PHI a otra institución o profesional que no está afiliado a nuestra organización pero que es o será proporcionar servicios o piezas relacionadas con su tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que le proporcionamos.

Operaciones de cuidado de la salud: Operaciones de cuidado de la salud incluyen actividades evaluación y mejora de calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del rendimiento profesional y el proveedor, realización de programas de capacitación, acreditación y certificación, licencia o acreditación de las actividades.

Su autorización: Además de nuestro uso de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médicas, usted puede darnos autorización para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgaciones permitidos por su autorización mientras que era en efecto. A menos que usted nos da autorización escrita, no podemos usar o divulgar su PHI por cualquier razón excepto los descritos en el aviso.

A su familia y amigos: nos debemos divulgar su PHI, tal como se describe en la sección de los derechos del paciente de este aviso. Con su aprobación, de vez en cuando podríamos revelar su IMP a designados miembros de la familia, amigos u otras personas que participan en su cuidado o en pago de su atención en la medida necesaria para ayudar a con su atención médica o con el pago para su atención médica. Si no están disponibles, incapacitado, o frente a una situación de emergencia médica y determinar que una divulgación limitada puede ser en su mejor interés, podemos compartir PHI limitada con estas personas sin su aprobación. También podemos divulgar PHI limitada a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en esfuerzos de ayuda en orden para esa entidad localizar a un miembro de la familia u otras personas que pueden estar involucrados en algún aspecto de cuidado para usted.

Colaboradores: Determinados aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan a través de contratos con organizaciones o personas externas, tales como auditoría, acreditación, servicios legales, etc. a veces puede ser necesario para nosotros proporcionar ciertos aspectos de su PHI a uno o más de estas organizaciones externas que nos ayudan con nuestras operaciones de atención médicas o tratamiento. En todos los casos, se requieren de estos socios proteger adecuadamente la privacidad de su información.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN DE UNA AUTORIZACIÓN

Servicios de salud comercializadas: No usaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización escrita.

Venta de PHI: no venderemos su información médica protegida sin su autorización escrita.

USOS REQUERIDOS Y DISCLOSEURES

Requerido por la ley: podemos revelar su PHI cuando estamos obligados a hacerlo por ley o por solicitud de citación/descubrimiento.

Abuso o abandono: podemos revelar su PHI a las autoridades competentes si, en casos limitados, sospechamos una grave amenaza para la salud o seguridad de usted o de otros.

Seguridad nacional: Podemos revelar su PHI si usted es un miembro de los militares requeridos por los servicios de las fuerzas armadas; también podemos divulgar PHI a funcionarios federales autorizados si es necesario para las actividades de seguridad o inteligencia nacionales.

Compensación a los trabajadores: Podemos divulgar PHI a las agencias de compensación si es necesario para la determinación de beneficios de compensación a los trabajadores.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su expediente médico es propiedad física de Capstone ortopédico, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho:

- Copiar y / o inspeccione su PHI que conserva en su nombre. Todas las solicitudes de acceso deben ser escrito y firmadas por usted o su representante.
- Solicitar que PHI que mantenemos acerca de usted ser enmendada o corregida. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Todas las solicitudes deben presentarse por escrito, firmaron por usted o su representante y deben indicar las razones de la solicitud de enmienda y corrección.
- Para recibir una lista de instancias en las que nosotros o nuestro negocio asociados divulgó la PHI durante 6 años antes de la fecha de solicitud. Las solicitudes deben presentarse por escrito y firmaron por usted o su representante. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, se le cobrará un cargo para responder a estas solicitudes adicionales.
- Para solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información conforme a lo dispuesto por 45 CFR 164.522. Cumpliremos su petición de restricciones a la medida de lo posible. No estamos obligados a aceptar su petición de restricción, a menos que requerido por la ley o solicitar una restricción a un plan de salud si usted ha pagado por los servicios de su bolsillo y en su totalidad. Intentaremos dar cabida a las peticiones razonables cuando sea apropiado y nos reservamos el derecho de terminar y acordó-a-restricción si creemos que dicha terminación es apropiada. En caso de una rescisión por nosotros, le informaremos de dicha terminación, usted también tiene derecho a rescindir, por escrito o por vía oral, de acuerdo-a-restricciones.
- Ser notificado de un incumplimiento de la PHI sin garantía en el caso de se ven afectados.
- Para obtener copias adicionales del aviso de prácticas de privacidad a petición.

Firmando yo estoy indicando que he recibido este aviso de prácticas de privacidad, leído y entendido las declaraciones anteriores.

Nombre: _____

Fecha: _____

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, o en desacuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a su PHI o en respuesta a una petición usted hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su PHI o que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en alter localidades nativas puede presentar por escrito con el oficial de privacidad de Capstone ortopédico o con el Secretario de salud y servicios humanos. No habrá ninguna represalia por haber presentado una queja.