

LA ADVERTENCIA DE POLIZA PRIVADA

Esta advertencia describe la información de salud sobre usted (inclusive su niño) eso puede ser catalogado y puede ser revelado, y cómo usted puede conseguir acceso a su información de la salud. Esto es una Regulación necesaria de Privacidad que resulta de la Transportabilidad de Seguro de Salud & Acto de Privacidad de 1996 (también conocido como HIPPA).

Nuestra práctica es dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Somos requeridos por la ley a mantener la confidencialidad de su información de salud, y para proporcionar una copia de esta información a usted en su petición.

Podemos utilizar y poder revelar su información de salud en las maneras siguientes:

1. Los médicos y el personal pueden utilizar o pueden revelar que su información de salud para tratarle o para ayudar otros en su tratamiento. Nosotros también podemos revelar su información de salud a otros que pueden participar en su cuidado, inclusive su Médico Primario, el Pediatra, otros médicos de especialidad, el padre (s), el esposo (s) o los niño (s).
2. Nuestra práctica puede utilizar su información de salud para cobrar y reunir pagos, inclusive dar esta información a su asegurador o terceros partidos que pueden ser responsables de pagar tal costo. Nosotros también podemos utilizar su información de salud para facturarle directamente para estos servicios.
3. Nuestra práctica utilizará y revelará su información de salud si somos requeridos por la ley.
4. Nosotros le podemos llamar para propósitos de recordatorio. Aconséjenos por favor si usted no nos desea que llamemos y para dejar mensajes en su casa, en su teléfono celular, el contestador o su lugar de trabajo.
5. Nosotros también podemos utilizar una hoja de signo-en en la recepción. Haremos los esfuerzos razonables para mantener esta información confidencial.

Sus derechos con respecto a su información de salud:

1. Usted puede solicitar que nuestra práctica comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados en una manera particular. Haremos cuanto podremos para ayudar con todas las peticiones razonables.
2. Usted puede solicitar que limitemos nuestro uso de su información de salud para el tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica, así como la liberación de información sólo a ciertos individuos.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica y registros que facturan. Usted debe someter su petición en escrito. Usted puede pedir que nosotros enmendemos su información de salud si usted cree que es inexacto o incompleto. Para solicitar una enmienda, usted debe solicitar esto en escrito al médico que lo trato, y dar una razón apoyando su petición.
4. Si usted cree que sus derechos de intimidad pueden haber sido violados, usted puede archivar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de la Salud & Servicios de Humano. Para poner una queja con nuestra práctica o si usted tiene cualquier pregunta acerca de esta póliza de advertencia, contacte por favor el Oficial de Privacidad o a Director de Práctica en el 480-633-1111.

Nosotros le hemos suministrado con nuestra Advertencia de Póliza Privada. Usted será pedir que coloque su firma en el gráfico que indica que usted ha leído, comprendió y aceptó esta póliza. Una copia de esta póliza puede ser obtenida de la recepcionista en la recepción, o en línea en www.mysickkid.com. También verifica que conoce la Declaración de Derechos del Paciente y ha recibido o puede solicitar una copia de la recepcionista.

La Advertencia de HIPPA de Póliza Privada y Declaración de Derechos –verificó el conocimiento de paciente:

Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____