



El Centro de Corazón

Nombre del Paciente: _____ Fecha nacimiento ____/____/____ MRN: _____ -

Información sobre la ley HIPAA y Formulario para dar consentimiento

La ley conocida como "The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)" proporciona garantías para proteger su privacidad. Aplicación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas de HIPAA han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo se registra en la Oficina.

¿De qué se trata? Concretamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información de Salud Protegida (siglas en inglés PHI). Estas restricciones no incluyen el normal intercambio de información necesaria para proporcionar servicios en nuestras clínicas. HIPAA le proporciona determinados derechos y protecciones a usted como paciente. Nosotros equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de proporcionarle atención y servicio profesional de calidad. Información adicional está disponible en el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. www.hhs.gov

El Centro de Corazón ha adoptado las siguientes políticas:

1. la información del paciente se mantendrá confidencial, a menos que sea necesario para prestar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se traten adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguro de salud como sea necesario y adecuado para su atención. Archivos de pacientes se guardan en un sistema electrónicamente. El curso normal de atención significa que tales registros electrónicos pueden dejarse abiertos en el computador, al menos temporalmente, en áreas administrativas, como la Oficina administrativa, sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de la Oficina. Usted está de acuerdo a los procedimientos normales utilizados dentro de la Oficina para el manejo de cartas, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es la política de El Centro de Corazón recordar a los pacientes de sus citas. Nosotros podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo, o por cualquier medio conveniente para El Centro y la preferencia suya. Podemos enviarle otras comunicaciones para informarle de cambios en la política de El Centro y nueva tecnología que puede resultarle valioso o informativo.
3. El Centro de Corazón utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a PHI pero deben estar de acuerdo con acatar las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la Oficina y revisión de documentos que pueden incluir PHI por organismos gubernamentales o pagadores de seguros en el normal desempeño de sus funciones.
5. Usted acepta llevar sus inquietudes o quejas sobre privacidad a la atención de la Gerente de la clínica o al médico.
6. Su información confidencial no se utilizará para los fines de marketing o la publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros en conformidad con las leyes estatales y federales.
8. Nosotros podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de El Centro de Corazón como del paciente.
9. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en el uso de su Información de Salud Protegida y a solicitud de cambio en determinadas directivas utilizadas dentro de El Centro en relación con su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para cumplir con su solicitud.
10. El Centro es parte de un acuerdo colaborativo llamado OCHIN que incluye varios participantes en el campo médico. Su información de salud puede ser compartida por El Centro con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para las operaciones de atención médica.

Yo, _____ el día ____ del mes ____ del 20 ____,
(Imprima el Nombre y apellido del paciente O padre o encargado legal SI el paciente es un menor)

consiento y acepto mi acuerdo con los términos establecidos en este formulario de información de HIPAA como también a cualquier cambio posterior la política de El Centro. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
(Firma del Paciente O Firma del Padre o encargado legal SI el paciente es menor)