

CHRISTIAN LIFE COUNSELING

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVISAR CON ATENCIÓN

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que exige que todos los registros médicos y otra información sanitaria identificable individualmente que utilizamos o divulgamos en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, se mantengan debidamente confidenciales. Esta ley te otorga, al paciente, derechos nuevos y significativos para entender y controlar cómo se utiliza tu información sanitaria. "HIPAA" establece sanciones para las entidades cubiertas que usan indebida información personal de salud.

Según lo exige la "HIPAA", hemos preparado esta explicación sobre cómo estamos obligados a mantener la privacidad de tu información sanitaria y cómo podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria.

Podemos utilizar y divulgar tus historiales médicos solo para cada uno de los siguientes fines: tratamiento, pago y operaciones sanitarias.

- El tratamiento significa proporcionar, coordinar o gestionar la atención sanitaria y servicios relacionados por uno o más proveedores sanitarios. Un ejemplo de esto sería un examen físico.
- El pago significa actividades como obtener el reembolso de servicios, confirmar la cobertura, facturación o cobro, y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería enviar una factura por tu visita a tu compañía de seguros para el pago.
- Las operaciones sanitarias incluyen los aspectos empresariales de la gestión de nuestra consulta, como la realización de evaluaciones y actividades de mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costes y atención al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de evaluación de calidad.

También podemos crear y distribuir información sanitaria des identificada eliminando todas las referencias a información identificable individualmente.

Podemos ponernos en contacto contigo para ofrecerte recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarte.

Cualquier otro uso y divulgación se realizará únicamente con tu autorización por escrito. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a atender y cumplir con esa solicitud por escrito, salvo en la medida en que ya hayamos tomado medidas basadas en su autorización.

Tienes los siguientes derechos respecto a tu información sanitaria protegida, que puedes ejercer presentando una solicitud por escrito al Responsable de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información sanitaria protegida, incluidas aquellas relacionadas con divulgaciones a familiares, otros familiares, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por ti. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información sanitaria protegida de nuestra parte por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copiar tu información sanitaria protegida.
- El derecho a modificar tu información sanitaria protegida.
- El derecho a recibir un registro de las divulgaciones de información sanitaria protegida.
- El derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nuestra parte si se solicita.

Por ley estamos obligados a mantener la privacidad de su información sanitaria protegida y a notificarle nuestras obligaciones legales y privacidad respecto a la información sanitaria protegida.

Este aviso es efectivo a partir de _____; 20__ y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas las nuevas disposiciones de aviso para toda la información sanitaria protegida que mantengamos. Publicaremos y podrás solicitar una copia escrita de un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado a esta oficina.

Tienes recursos si sientes que tus protecciones de privacidad han sido violadas. Tiene derecho a presentar una queja por escrito ante nuestra oficina, o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o de las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para más información sobre HIPAA o para presentar una queja:

La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257
Número gratuito: 1-877-696-6775.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad respecto a mi información sanitaria protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores sanitarios que puedan estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de los pagadores externos.
- Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificación médica.

He recibido, leído y comprendido su *Aviso de Prácticas de Privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información sanitaria. Entiendo que esta organización tiene derecho a modificar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo ponerme en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del *Aviso de Prácticas Privadas*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que limite cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones sanitarias. También entiendo que no estás obligado a aceptar las restricciones que he solicitado, pero si lo haces, estás obligado a cumplir dichas restricciones.

Nombre del paciente _____

Relación con el paciente _____

Fecha _____ firma _____

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 as documented below.

Date

Initials

Reason