 Surgical Arts of Virginia

*Richard Palmer, M.D.*

Política de Privacidad y Consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de Abril de 2003. Muchas de las políticas han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo se publica en la oficina.

Existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información Médica Protegida (IMP). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Por favor visite [www.hhs.gov](https://ssl.microsofttranslator.com/bv.aspx?ref=TAns&from=&to=es&a=www.hhs.gov) para obtener información adicional. Hemos adoptado las siguientes políticas:

La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique la condición o la información de un paciente, que no es ya una cuestión de registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que esos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de exámenes, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, IMP y otros documentos o información.

La política de esta oficina es recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo de ee.uu., o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicitado por usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones informándole de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que puedan resultarle valiosos o informativos.

La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso al IMP, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.

Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos, que pueden incluir IMP por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.

Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o el médico.

Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.

Acordamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica como del paciente.

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y de solicitar un cambio en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su IMP. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para ajustarnos a su solicitud.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consiento y reconozco mi aceptación de los términos establecidos en el Formulario de información de HIPAA y cualquier cambio posterior si la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_