

**Charles A. Wallace, M.D./Bent Tree Surgery Center**  
**Noticia de Practica de Pravicidad:**  
**Uso y Información de**  
**Salud Protegido bajo HIPAA**

Este documento proporciona un resumen de información cuan médica acerca de usted se puede utilizar y puede ser revelado y cómo usted puede obtener el acceso a esta información.

Entendemos que información médica acerca de usted y su salud es personal. Somos cometidos a proteger su información médica. Es nuestra política que la intimidad de su información protegida de la salud (PHI) es permitiendo todavía mientras nose a comprometido el acceso necesario para asegurar que el cuidado médico que usted recibe es apropiado y de la calidad alto posible.

Prometemos a usted que protegeremos la confidencialidad de información proporcionada a nosotros. Su información se utilizará en la manera siguiente, conocido como Tratamiento, el Pago, y las Operaciones de Asistencia sanitaria:

1. Para proporcionar los tratamientos y/o los servicios médicos.
2. Para facturar a terceros pagadores, cuando apropiada, para el tratamiento que usted recibe de nosotros.
3. Para facilitar los mecanismos que permiten la operación de nuestra facilidad.

En cada uso de su información, nosotros seremos custodios responsables de su (PHI) y adheriremos al conjunto de estándares adelante en la legislación que creó estas prácticas de la intimidad. Reconocemos que todos pacientes tienen el derecho a la intimidad en los asuntos que relacionan a su salud y a nosotros no utilizaremos su (PHI) para usos fuera de nuestra facilidad sin su expresa el permiso.

Usted tiene los derechos siguientes considerando a la información médica que mantenemos acerca de usted.

1. Para inspeccionar y copiar información que se puede utilizar para hacer las decisiones acerca de su cuidado.
2. Para solicitar las restricciones o las limitaciones en la información médica nosotros utilizamos o revelamos acerca de usted para el tratamiento, para el pago, o para las operaciones de asistencia médica. Mientras nosotros no somos requeridos a concordar a su pedido, nosotros haremos nuestro máximo para obedecer a menos que la información se necesite proporcionar la emergencia el tratamiento.
3. Para amendar el PHI nosotros mantenemos si usted cre que la información que tenemos de usted es incorrecta o incompleta.
4. Para solicitar una contabilidad de las revelaciones nosotros hemos causado los usos de otra manera que nuestro propio.
5. Para solicitar comunicaciones confidenciales: es decir, que comunicamos con usted en una cierta manera o en una cierta ubicación.
6. Para recibir una copia de papel de esta nota.

Todos miembros de nuestro personal son cometidos a adherir a las condiciones expuso en esta nota de prácticas de intimidad. Cualquier infracción será el motivo para la acción disciplinaria. Reservamos el derecho de cambiar esta política en el futuro; tales cambios estarán disponibles a todos pacientes.

Débase cree que sus derechos de la intimidad se han violado, usted puede archivar una queja con esta facilidad o con el departamento del descuido del Estado; todas quejas se deben someter en escrito. Usted no será penalizado para archivar una queja.

**Reconocimiento del Paciente**

Reconozco y recibo esta información con respecto a mi derecho a la intimidad del (PHI).

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Charles A. Wallace, M.D./Bent Tree Surgery Center**  
**Consentimiento del Paciente:**  
**Uso y Información de**  
**Salud Protegido bajo HIPAA**

Según la información contenida en la Nota de Prácticas de Intimidad, yo doy el permiso para el uso y la revelación de Información Protegida de Salud (PHI) llevar fuera el Tratamiento, fuera el Pago, y fuera las Operaciones de Asistencia sanitaria (TPO).

Estoy enterado que tengo el derecho de revisar la Nota de Prácticas de Pribacidad antes de firmar este consentimiento. Deba la Nota de Prácticas de Intimidad sea revisada, estoy enterado que puedo obtener una copia de la forma revisada contactando al Director Médico de esta facilidad.

Doy mi consentimiento para esta organización a contactarme llamando mi hogar u otra ubicación designada a dejar algún recado (mecánicamente o con otra persona) o para hablar conmigo directamente con respecto a cualquier asunto que ayudará con el conducto del Tratamiento, del Pago, y de las Operaciones de Asistencia sanitaria.

Aún más, doy mi consentimiento para el uso del correo o correo electrónico a ubicaciones designadas, inclusive mi hogar, para ayudar la organización al llevar al cabo las actividades descritas del Tratamiento, del Pago, y de las Operaciones de Asistencia sanitaria.

Yo por la presente consiento al uso y la revelación de mi PHI para el propósito del Tratamiento, del Pago, y de las Operaciones de Asistencia sanitaria (TPO). Este consentimiento es bueno hasta que revocara en la escritura, menos a la extensión que revelaciones se han hecho en la dependencia sobre mi consentimiento de prioridad.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Si Aplica, Firma de su Guardia Legal: \_\_\_\_\_

Copia: paciente, expediente del paciente