

CHRISTIAN LIFE COUNSELING
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA
INFORMACIÓN.**

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, se mantengan adecuadamente confidencial. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud. "HIPAA" establece sanciones para las entidades cubiertas que usan indebidamente la información personal de salud.

Según lo requerido por "HIPAA", hemos preparado esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud. Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría un examen físico.
- Pago significa actividades tales como obtener el reembolso de los servicios, confirmar la cobertura, las actividades de facturación o cobro y la revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería enviar una factura por su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales del funcionamiento de nuestra práctica, como la realización de evaluaciones de calidad y actividades de mejora, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión de evaluación de calidad interna.

También podemos crear y distribuir información de salud no identificada eliminando todas las referencias a información de identificación individual.

Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se realizará solo con su autorización por escrito. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a cumplir y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas aquellas relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. 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 médica protegida de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho a modificar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de divulgaciones de información de salud protegida.
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso si lo solicitamos.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud protegida y que le proporcionemos un aviso de nuestras obligaciones legales y privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Este aviso es efectivo a partir de _____; 20____ y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones de aviso sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y puede solicitar una copia por escrito de un Aviso revisado de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Puede recurrir si considera que se han violado sus protecciones de privacidad. Tiene derecho a presentar una queja por escrito en nuestra oficina, o en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información sobre HIPAA o presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257
Toll Free: 1-877-696-6775.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y RECONOCIMIENTO

Entiendo que, bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificación médica.

Recibí, leí y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme 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 restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado a cumplirlas.

Nombre del Paciente _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVO

Intenté obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación.

Fecha

Iniciales

Motivo