



## RESUMEN DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Efectivo el 1 de abril de 2003

Usted tiene nuestra garantía y compromiso de proteger su información médica. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es muy personal. De hecho, la ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y proporcionarle una Notificación de Prácticas de Privacidad, que describe:

Cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

La ley nos exige que tengamos su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar a otros su información médica para fines distintos de proporcionar o coordinar su atención médica, el pago o el reembolso de la atención que le proporcionamos, y la información administrativa relacionada con actividades que apoyan su tratamiento.

Es posible que ciertas leyes nos exijan o permitan el uso y la divulgación a otros fines sin su autorización.

También tiene derechos importantes, que incluyen:

- El derecho a inspeccionar y copiar la Información de salud protegida (PHI) que mantenemos sobre usted
- El derecho a solicitar restricciones de su Información de salud protegida (PHI)
- El derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa
- El derecho de solicitar una enmienda de Información de salud protegida (PHI)
- El derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su Información de salud protegida (PHI)
- El derecho a presentar una queja si siente que se han violado sus derechos

Tenemos disponible una Notificación detallada de Prácticas de Privacidad que explica la notificación de vez en cuando y una copia está disponible llamando a nuestra oficina. Tiene derecho a recibir una copia de nuestra notificación más reciente vigente si tiene preguntas, inquietudes o quejas sobre la notificación, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al (305) 822-4107 o por fax al (305) 822-5086.

---

### RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

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

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre la atención médica múltiple para los proveedores que pueden estar involucrados en mi tratamiento directa o indirectamente
- Obtener pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo una operación sanitaria normal como evaluaciones de calidad y certificación física

Recibí un resumen de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Digestive Medicine Associates, pero sé que puedo contactar a su Oficial de privacidad para obtener una Notificación de prácticas de privacidad detallado 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 Notificación de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta que está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Yo intente obtener la firma del paciente aceptando los términos de la Notificación de Practicas de Privacidad pero no puede hacerlo por razones documentadas a continuación:

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_