The CHILDREN'S HEALTH PLACE

Formulario de información y consentimiento de HIPAA

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) proporciona medidas de seguridad 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".

Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o recibir notificaciones sobre su información médica protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para brindarle servicios de oficina. HIPAA le brinda ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindar un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos (www.hhs.gov).

Hemos adoptado los siguientes reglamentos

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto cuando sea necesario para brindar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejan adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios y pagadores de seguros médicos, según sea necesario y apropiado para tu cuidado. El registro médico activo de su hijo se almacena de forma segura en un sistema basado en la nube administrado por Epic Corporación. Todos los registros en papel (registros médicos anteriores a Enero 2013) se almacenan en un área segura dentro del Lugar de Salud Infantil. No se almacenan registros médicos fuera del sitio. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es la póliza de esta oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, EE. UU. correo, MyChart o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicite usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informen sobre cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que podrían resultar valiosas o informativas.

Información De Consentimiento

• La práctica utiliza varios proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
• Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
• Usted acepta comunicar cualquier inquietud o queja relacionada con la privacidad al gerente de la oficina o al proveedor.
• Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
• Aceptamos brindar 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 satisfacer mejor las necesidades tanto de la práctica como de el paciente.
• Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para ajustarse a su solicitud.

Yo, _____ fecha _____, por la presente consiento y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en el Formulario de información HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de este momento.