

New England Neurological Associates, P.C.

Prácticas de Privacidad de HIPAA

Tenemos el deber legal de proteger la información de salud acerca de usted

Podemos usar y divulgar información de salud protegida o "PHI" (en Inglés) sobre usted en las siguientes circunstancias:

- Para proveer tratamiento de atención médica
- Para obtener pagos por servicios
- Para operaciones de atención médica
- Bajo otras circunstancias sin su permiso, como cuando lo requiere la ley o para los servicios de salud pública. Para permitir que nuestros asociados de negocios proporcionen tratamiento, obtengan el pago o realicen sus operaciones de atención médica siempre y cuando acepten salvaguardar su PHI.
- Podemos contactarle para proporcionar recordatorios de citas.
- Podemos acceder a una lista de medicamentos recetados a usted y pagados por su seguro de salud.
- Usted puede objetar a ciertos usos y divulgaciones.

Cualquier otro uso o divulgación de PHI acerca de usted requiere su autorización por escrito.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a PHI acerca de usted:

- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de PHI acerca de usted.
- Usted tiene el derecho de solicitar diferentes maneras de comunicarse con usted.
- Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de PHI acerca de usted.
- Usted tiene el derecho de requerir una enmienda de PHI acerca de usted.
- Usted tiene el derecho a una lista de divulgaciones de su PHI que hemos hecho.
- Usted tiene derecho a una copia de este aviso.
- Usted puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.
- Usted tiene el derecho de revocar su autorización con respecto a usos futuros o divulgaciones.

Para obtener información adicional acerca de nuestras prácticas de privacidad, por favor pídala a la recepcionista una copia de nuestra política completa de HIPAA.

Este aviso de prácticas de privacidad es efectivo a partir de la fecha de su firma _____

Hay alguna otra persona a quien podamos divulgar su información confidencial de salud?

Nombre: (por favor imprima) _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/ tutor legal: _____

Fecha: _____