



HIPAA Forma de Requerimientos de Cumplimiento
Notificación sobre Práctica de la Privacidad de Perlman Clinic

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA
Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE

La Regla de Privacidad, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") requiere que nosotros le informemos a nuestros pacientes nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad. Perlman Clinic debe tomar ciertos pasos para proteger la privacidad de su Información de Salud ("PHI") de acuerdo con HIPAA. PHI incluye información que nosotros creamos o recibimos referente a su cuidado de salud, incluyendo pagos y facturas para su cuidado de salud. Adicional a su archivo medical, PHI incluye información personal como su nombre, número de seguro social, dirección y número de teléfono.

Esta Notificación sobre Práctica de la Privacidad de Perlman Clinic esta también disponible en nuestro sitio de internet de Perlman Clinic, www.perlmanclinic.com, bajo en enlace HIPAA/Privacy Practices. Si necesitas una copia, por favor pregúntanos por ella para proporcionártela. Bajo la Ley Federal, nosotros estamos obligados para: (i) Proteger la Privacidad de su PHI (Perlman Clinic requiere a nuestros empleados mantener confidencialidad de tu PHI); (ii) Proporcionarte la Notificación sobre Prácticas de Privacidad de Perlman Clinic, explicando nuestras responsabilidades y practicas sobre su PHI; y (iii) Seguir las prácticas y procedimientos establecidos en esta Notificación sobre Práctica de la Privacidad de Perlman Clinic.

Perlman Clinic participa en la Organized Health Care Arrangement (OHCA) con La Universidad de California San Diego Sistema de Salud (UCSD) para cumplir con el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Este aviso es utilizado conjuntamente por y describe conjuntamente las prácticas de todos los participantes dentro de la OHCA, incluyendo, sin limitación, cualquier profesional de la salud autorizado para inscribir información en su historia médica. Su información de salud está integrada en el sistema electrónico de archivos de UCSD. La OHCA seguirá los términos de este aviso. Los participantes de OHCA pueden compartir información médica entre los participantes de la OHCA para tratamiento, pago y operaciones de atención médica relacionadas con la OHCA y también para propósitos de investigación conducidos por UCSD y UC Medical Groups and UC Hospitals relacionados con UCSD. UCSD también tiene su propio Notice of Privacy Practices (Aviso de Prácticas de Privacidad) en <http://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>.

Podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal del sistema de salud que esté involucrado en su cuidado en el sistema de salud. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una fractura en la pierna puede necesitar saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retardar el proceso de curación. Es posible que un médico que lo esté tratando por una afección mental necesite saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que los medicamentos pueden afectar los medicamentos que le receten. También podemos compartir la PHI sobre usted con otros proveedores que no sean de Perlman Clinic y/o de UCSD. La divulgación de su PHI a proveedores que no pertenecen a Perlman Clinic y/o que no pertenecen a UCSD puede realizarse electrónicamente a través de un intercambio de información de salud que permite a los proveedores involucrados en su atención acceder a algunos de sus Perlman Clinic y/o UCSD registros, incluida la PHI, para coordinar los servicios para usted.

Yo entiendo que es parte de mi cuidado de salud, Perlman Clinic creará y mantendrá en papel y/o archivo electrónico describiendo mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para mi cuidado y tratamiento futuro. Yo entiendo que esta información sirve para lo siguiente:

Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
Una manera de comunicación para los profesionales de salud quienes contribuyen a mi cuidado;
Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y tratamiento para mi factura;
Una manera como una tercera parte responsable de pago pueda verificar servicios facturados;
Una herramienta para cuidados de salud de rutina, evaluándose la calidad y revisando la competencia de cuidado de salud de profesionales.

Yo entiendo que es parte del tratamiento de Perlman Clinic, facturación y/o cuidado de salud, que pueda ser necesario revelar mi PHI para otra entidad y yo consiento revelar para estos permitidos usos incluyendo revelar vía fax y compartir mi archivo médico electrónico. Adicionalmente, PHI puede ser liberado sin mi autorización para (i) Legal y/o propósitos gubernamentales según lo requerido por la ley y (ii) ciertas circunstancias, como a una persona acampanando para un tratamiento o para una agencia pública autorizada para asistencia por desastre, todo lo autorizado bajo HIPAA.

Excepto por las situaciones listadas anteriormente, nosotros usaremos y revelaremos su PHI solo con su autorización escrita. Nosotros no revelaremos su PHI en los siguientes casos, a menos que nos des un permiso escrito: (i) propósitos de ventas; (ii) venta de su información; y (iii) compartir notas de psicoterapia. Leyes Federales y Estatales proveen especial protección para específicos tipos de PHI y requieren autorización de usted antes que nosotros podamos revelar tal PHI. En estas situaciones, nosotros lo debemos contactar para la autorización necesaria. En algunas situaciones, usted puede revocar tu autorización. Si tú tienes preguntas acerca de estas leyes, favor de contactar el Oficial de Privacidad al (858) 554-1212.

Correo Electrónico y Mensajes de Texto: Usted está avisado que el correo electrónico y los mensajes de texto no son métodos de comunicación seguro. Si usted nos envía un correo electrónico o un mensaje de texto, usted está de acuerdo en comunicarnos por medio de correo electrónico o mensaje de texto y está de acuerdo en los riesgos. Si usted prefiere no intercambiar información de salud por correo electrónico o mensaje de texto, por favor háganoslo saber enviándonos un correo electrónico a info@perlmanclinic.com o un mensaje de texto al 858.554.1212.

Sin limitación, usted tiene el derecho de requerir: (i) restricciones sobre la revelación de su PHI; (ii) preguntar por una específica manera de comunicación; (iii) requerir una copia electrónica o de papel de su PHI; (iv) un arreglo para su PHI; (v) mirar un desglose de las revelaciones hechas de su PHI; (vi) una copia de papel de este aviso; y (vii) una notificación escrita de cualquier incumplimiento de la confidencialidad de su PHI. Todos los requerimientos deben ser por escrito y en ciertas circunstancias un requerimiento puede ser negado o requerir el pago de una cuota. En cualquier tal circunstancia nosotros explicaremos nuestra respuesta. Usted puede presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad están siendo violados. Usted puede presentar una queja escrita con nosotros y/o con el U.S Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Derechos Civiles. La dirección es 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20201. Usted puede también contactarlos llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

En ocasiones, Perlman Clinic puede tener su PHI, tal como en un resultado de laboratorio, que nosotros deseamos compartir con usted por teléfono. Por favor indica abajo como usted gustaría que nosotros manejáramos esto:

Llama: _____ para dejar toda la información de salud relacionada.
Un mensaje confidencial y detallado puede _____ no puede _____ ser dejado en este número si contesta la máquina.

Mi PHI puede ser discutido con las siguientes personas:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Por el presente acepto lo anterior y doy consentimiento a Perlman Clinic para obtener mi pasada, presente y futura información médica y de medicamentos, así como todos los PHI:

Nombre del Paciente

Su Nombre y Relación con Paciente
(si el paciente es menor de edad)

Firma
(Firma de padre / tutor legal si el paciente es menor de edad)

Fecha

ESTO SERÁ PRESENTADO CON SUS REGISTROS MÉDICOS