



Hands On Hands Rehabilitation Center, Inc.

“Comprehensive Upper Extremity Therapy”

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nosotros protegemos la privacidad de la información de salud de nuestros pacientes como lo requiere la ley, las normas de la práctica, y nuestras políticas y procedimientos internos. Esta declaración de privacidad explica sus derechos , nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad .

Su Información de Salud :

ESTE AVISO DESCRIBE SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGAR , Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN . POR FAVOR LEA ATENTAMENTE .

Nosotros recogemos , utilizamos y divulgamos la información proporcionada por usted y sobre usted para el tratamiento médica necesaria , el pago de atención médica y de las operaciones o cuando de otro modo lo permita o requiera por ley a hacerlo.

Para Tratamiento: Podemos utilizar y revelar información sobre usted en la prestación , coordinación o gestión de su tratamiento y actividades de bienestar. Podemos ofrecer a los médicos referentes , otros proveedores y otros datos médicos alternativos sobre su tratamiento cuando están involucrados adecuadamente con el proceso de tratamiento .

Para pago: Podemos usar y divulgar información sobre usted en la gestión de sus archivos médicos , para asegurar la autorización del tratamiento, para confirmar la cobertura de seguros, para la facturación médica y recibir pagos para la atención médica a través de su plan de salud u otras entidades similares . También podemos proporcionar información a una oficina del doctor , hospital, u otros proveedores de atención médica o planes de salud para confirmar su elegibilidad para los beneficios , el diagnóstico médico , tratamiento y otra información médica necesaria a fin de proporcionar servicios adecuados y recibir el pago .

Para Operaciones de Cuidado de Salud : Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestras operaciones . Por ejemplo , podemos utilizar la información acerca de usted para revisar la calidad de la atención y servicios que usted recibió , para proporcionarle la gestión de archivos médicos o coordinación de servicios médicos como entre los terapeutas que traten o entre el médico y el terapeuta.

Según lo permita o exija la ley : La información por usted puede ser usada o divulgada a las agencias reguladoras , como durante las auditorías , licencia, u otros procedimientos ; para los procedimientos administrativos o judiciales ; a las autoridades de salud pública; o para los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, como por ejemplo para cumplir con una citación orden judicial.

Autorización : Otros utilizados y divulgaciones de información médica protegida se harán sólo con su autorización por escrito , a menos que sea permitido o requerido por la ley. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento , por escrito. A continuación, se deje de usar su información para ese propósito. Sin embargo , si ya hemos utilizado su información basada en que la autorización , no se puede retirar su acuerdo para esas situaciones pasadas .

Sus derechos

Bajo las regulaciones que entrarán en vigor el 14 de abril de 2003, tendrá derechos adicionales sobre su información de salud . Bajo las nuevas reglas , tendrá derecho a:

- ◆ Envíenos una solicitud por escrito a ver u obtener una copia de la información que tenemos sobre usted , o modificar su información personal que usted cree que si incompleta o inexacta . Si nosotros no creamos la información , le referirse a la fuente , como su médico u hospital .
- ◆ Solicitar restricciones adicionales en el uso y divulgación de su información de salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con estas peticiones.

- ◆ Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos utilizando medios alternativos razonables o a una dirección alternativa si las comunicaciones a su domicilio podrían ponerlo en peligro .
- ◆ Recibir una contabilidad de nuestras divulgaciones de su información médica, salvo que estas revelaciones se hacen para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud , o la ley restringe lo contrario la contabilidad. No estamos obligados a darle una lista de revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Quejas

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted tiene el derecho de presentar una queja con nosotros o con el gobierno federal . Usted no será penalizado por presentar una queja .

Copias y Cambios

Usted tiene el derecho de recibir una copia adicional de este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de revisar este aviso. Un aviso revisado entrará en vigencia para información que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que podamos recibir en el futuro . Estamos obligados por ley a cumplir con lo que la privacidad notificación se encuentra actualmente en vigor. Nos comunicaremos cualquier cambio en nuestro aviso a través de correo directo.

Información Del Contacto

Si desea ejercer sus derechos bajo este aviso o si desea comunicarse con nosotros sobre cuestiones de privacidad o para presentar una queja con nosotros, por favor póngase en contacto con nuestra oficina al : 714-556-2288 .

Declaración de Privacidad de la Información de la Salud

Todos los registros médicos y otra información médica personal utilizados o revelados por una entidad cubierta en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, están cubiertos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos, y están cubiertos por HIPAA (Health Portabilidad del Seguro de Ley de Responsabilidad y 1996).

Además, autorizo a que los resultados de cualquier evaluación o registros que me han dado se pueden usar en las evaluaciones que terminan, evaluaciones, planes de tratamiento, informes de progreso, informes de resumen, informes resumidos de descarga y registros médicos y el reembolso de facturación médica. Entiendo que estos informes sólo se reportarán datos agregados, y sólo será utilizada para fines de atención médica, como el pago de terceros y el médico u otro proveedor de atención de la salud autorizado, tratamiento o informes de progreso. Entiendo que puedo restringir los usos y revelaciones de mi información médica. Yo entiendo que tengo el derecho de presentar una queja formal con un proveedor o plan de salud o HHS cubierta sobre violaciones respecto a mi salud y registros médicos o información.

Este comunicado de cv es y será haciendo una oferta en mis herederos, cesionarios, albacea y administradores.

Restricciones solicitados por el cliente:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____