

HIPAA INFORME SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Los Angeles Orthopaedic Center
1245 Wilshire Blvd. Suite 200
Los Angeles, Ca 90017
(213) 482-2992**

ESTE INFORME DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA O REVELADA Y DE COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. “FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.”

Esta noticia de las Prácticas de Privacidad describe como nosotros podemos usar y revelar su información de salud {PHI} como llevar su tratamiento o los procedimientos del cuidado de su salud (TPO) y por cualquier otra razón que sea permitido y requerido por la ley. También describe sus derechos de cómo adquirir, controlar y proteger su información de salud. “Protegida información de salud” es la información referida a usted, incluyendo su información demográfica, que pueda identificarlo a usted en relación con su pasado, presente o futura condición física o mental relacionados con los servicios del cuidado de su salud.

OBLIGACIONES LEGALES DE LOS ANGELES CENTRO ORTOPEDICO

Por ley es requerido que LOS ANGELES CENTRO ORTOPEDICO Proteja la privacidad de la información de su salud. Proveer este informe sobre nuestro uso de la información y seguir el uso de la información descrita aquí.

USO Y REVELACION DE LA INFORMACION SOBRE SU SALUD

La información de su salud puede ser usada y revelada por su doctor, a los miembros de nuestra oficina, a otros fuera de nuestra oficina que estén relacionados o envueltos en su tratamiento y cuidado con la intención de proveer los servicios necesarios para usted, para obtener el pago de los tratamientos que usted necesite, para poder obtener autorización en los estudios que su doctor considere necesarios para su tratamiento y para cualquier otro uso que la ley requiera.

TRATAMIENTO

Nosotros usaremos y revelaremos su información para proveer y coordinar cualquier servicio que sea relacionado con el cuidado de su salud. Esto incluye la coordinación y el manejo del cuidado de su salud con una tercera institución o organización. Por ejemplo, nosotros revelaremos su información cuando sea necesaria a cualquier organización o grupo medico que tenga que ver con el cuidado de su salud, cualquier otro doctor que usted sea referido, para asegurar que el doctor tenga la información necesaria para diagnosticarle y darle tratamiento.

PAGOS

Su información puede ser usada según sea necesaria. Por ejemplo para obtener pagos, por los servicios que se le brindan, para obtener autorización para su estancia en el hospital y para obtener de parte de su seguro de salud la aprobación de admisión en el hospital o de cualquier otro examen que su doctor necesite.

LOS PROCEDIMIENTOS DEL CUIDADO DE SU SALUD

Nosotros podemos usar o revelar su información de salud protegida para poder apollar las actividades de su doctor. Estas actividades incluyen pero no esta limitadas en actividades de evaluación. Para ayudar a nuestros empleados a revisar los proyectos del cuidado de su salud. Por ejemplo nosotros podemos revelar información de su salud a estudiantes de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. En adición también nosotros podemos usar una pagina de registraci3n para que usted la firme al usted entrar en nuestra oficina medica y poder dirigirlo al doctor que este disponible para verlo. Tambi3n podemos usar su informaci3n seg3n sea necesario para ponernos en contacto con usted en caso que su cita con el doctor sea cambiada.

Nosotros podemos usar y revelar su informaci3n de salud sin su consentimiento en las siguientes situaciones: Seg3n sea requerido por la ley. Para asuntos de Salud Publica. En caso de Enfermedades Contagiosas. Para vigilar asuntos relacionados con la salud. Abuso o Negligencia. Para requerimientos de administraci3n en Comida y Drogas. En caso de actividades criminales. En caso de Actividades Militares y para Seguridad Nacional. La ley de Compensaci3n para el Trabajador requiere que nosotros usemos y revelemos su informaci3n: Bajo la ley nosotros debemos darle y revelarle a usted su informaci3n y cuando sea requerido por El Secretario del Departamento de Salud y Derechos Humanos para investigar nuestro Cumplimiento con la ley y los requerimientos de la Secci3n 164.500.

DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de la informaci3n de su salud personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija cualquier informaci3n err3nea o incompleta en su registro. Usted tambi3n tiene el derecho de solicitar una lista de instancias en donde hayamos revelado la informaci3n de su salud personal para otros fines diferentes a tratamiento, pago u otros prop3sitos administrativos relacionados con usted.

Usted tambi3n puede solicitar por escrito que no usemos o revelemos la informaci3n de su salud personal para tratamientos, pago, prop3sitos administrativos excepto cuando sea espec3ficamente autorizado por usted, cuando sea por ley solicitado o en circunstancias de emergencia L.A. ORTHOPAEDIC considerara las solicitudes caso por caso, pero el consultorio no esta requerido legalmente de acept3rse los.

INQUITUDES Y QUEJAS

Usted puede quejarse con nosotros o con El Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad an sido violados por nosotros. Usted puede llenar una queja con nosotros notific3ndonos a nosotros de su cr3tica. Nosotros no le criticaremos ni se tomara ninguna medida en su contra, por hacer una queja.

ESTA NOTICIA FUE PUBLICADA Y SE HASE EFECTIVA EN/O ANTES DE ABRIL 14, 2003

La ley nos ha requerido a nosotros que mantengamos su privacidad y en proveer a cada individuo con esta noticia de nuestras obligaciones legales con respecto a proteger la informaci3n de su salud. Si usted tiene alguna objecci3n con esta forma, por favor pida de halar con el oficial encargado en nuestra oficina de HIPPA o a nuestro n3mero de tel3fono central.

LA FIRMA AQUÍ ABAJO ES PARA HACER CONSTANCIA DE QUE USTED A RECIBIDO INFORMACI3N DE NUESTRA PRACTICA CON LA NUEVA POLISA DE PRIVICIDAD.

SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE: _____

FIRMADO HOY DIA: _____