

**Formulario de información y consentimiento de HIPAA**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han estado en nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión amigable. Un texto más complejo se publica en la oficina. De qué se trata todo esto: Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información de Salud Protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. [HHS.gov](https://www.hhs.gov/). Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial: excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios y pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique como la condición del paciente o información que no sea ya un asunto de registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que tales registros pueden dejarse, al menos temporalmente. En áreas administrativas como la oficina principal, salas de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de las historias clínicas, los registros de los pacientes. PHI y otros documentos o información.

2. Es política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo postal de los Estados Unidos o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicite usted. Podemos enviarle otras comunicaciones informándole de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que pueda encontrar valiosas o informativas.

3. 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.

4. Usted entiende 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.

5. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.

6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.

7. Acordamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales. 8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para satisfacer mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.

9. Tenemos el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y de 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 cumplir con su solicitud. Yo en (fecha) por la presente doy mi consentimiento y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

10. Acuso recibo recibo y he leído y entiendo las prácticas de información de salud con respecto a la participación de mis proveedores en el Intercambio de Información de Salud (HIE) en todo el estado, o recibí previamente esta información y rechacé otra copia.

Yo (nombre impreso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_