

Aviso De Practicas Privadas

Este aviso describe como su informacion puede ser utilizada y revelada y como puede usted acceder a esta informacion. Por favor, revisela cuidadosamente.

En la oficina del Dr. Robert K. Law, D.O., siempre hemos mantenido su informacion de salud de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos este aviso y sigamos los terminos de este aviso.

La ley nos permite que utilicemos o revelemos su informacion de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revision de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado en sus cuidados.

La podemos usar para revelar su informacion de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su compania de salud.

Podemos usar o revelar su informacion de salud en nuestras operaciones regulares de cuidados de salud, Por ejemplo, alguien de nuestro personal, puede introducir su informacion en nuestro computador.

Podemos compartir su informacion medica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturacion. Tenemos un contrato escrito con cada asociado denegocios, que requiere que protejan su privacidad.

Podemos usar su informacion para contactarl. Por ejemplo, podemos enviar boletines y otra informacion. Tambien puede que queramos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no esta en casa, podemos dejar esta informacion en su contestador automatico o con la persona que responda al telefono.

En caso de emergencia, podemos revelar su informacion de salud a un miembro de la familia o a otra Persona responsable de su cuidado.

Podemos revelar parte o toda su informacion de salud cuando esto sea requerido por la ley.

Si nuestra practica es vendida, su informacion se convertira en propiedad del nuevo dueno. Excepto por lo que se describe arriba, esta practica no utilizara o revelara su informacion de salud sin su Previa autorizacion escrita.

Usted puede pedir por escrito que no utilicemos su informacion de salud como se describe arriba. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su peticion.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelacion que llevemos a cabo con su informacion de salud, mas alla de los usos normales.

Dado que necesitaremos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la direccion o telefono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su informacion de salud a otra practica. Enviaremos sus archivos por usted.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su informacion de salud, con unas pocas excepciones. Presentenos una solicitud por escrito con respecto a la informacion que desea ver. Si usted tambien quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de pedir una modificacion o cambio de su informacion de salud. Entreguenos su peticion para hacer los cambios por escrito. Si usted desea incluir una declaracion en su archivo, por favor presentela por escrito. Puede que realicemos o que no realicemos los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaracion en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificacion o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que anadiremos nueva informacion.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso.

Si cambiamos cualquiera de ls detalles de ese aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.

Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S. W., Room 509-F, Washington, DC 20201. No habra represalias por el hecho de que presente una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para mas informacion o ayuda con respecto a la privacidad de su informacion de salud, por favor pongase en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad Dr. Robert K. Law, D.O., al (407) 207-5000.

Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003.

Reconocimiento

He recibido una copia del aviso del Dr. Robert K. Law, D.O., para las Practicas Privadas, Fecha _____

Firmado _____ Nombre impreso _____

Si esta firmando como padre o guardian, por favor anote el nombre del paciente _____