

Chiricahua Community Health Centers, Inc.

Aviso Para Pacientes - HIPAA

Proteger la información personal de nuestros pacientes (información médica protegida, PHI siglas en ingles) es importante para nuestra clínica, y por este motivo haremos que nuestros empleados respeten y mantengan su información médica confidencial. Usamos su PHI para tratamientos, para reembolso médico, y para operaciones medicas. Nosotros mantenemos polizas y procedimientos junto con educación del personal para proteger mejor su información médica. No permitimos que nadie entre a nuestras instalaciones donde tenemos información privada a no ser que sean parte de nuestro personal o sean escoltados a un cuarto de tratamiento, o en caso de que tenga que hacer un tramite médico. Nosotros usamos su información médica para presentarsela a su doctor primario. Otra manera en que usamos su información médica es para someter peticiones para el reembolso de su aseguradora. También tenemos contrato con el servicio de transcripción y contabilidad para realizar funciones de oficina diaria. Hemos desarrollado una poliza y una declaración escrita que deben firmar todos los contratistas la cual dice que aseguran la seguridad de toda la información proporcionada a ellos en el desarrollo de sus deberes de contratación con nuestras oficinas. Desarrollamos practicas internas para asegurar que nuestra información electrónica esté tan segura como nos sea posible. Nuestro proveedor de software ha cumplido con las leyes federales apropiadas cifrando la información para asegurar la privacidad durante la transmisión electrónica. Cada uno de nuestros empleados tiene una contraseña individual para ver la información electrónica. Mantenemos una poliza de que las pantallas de las computadoras no deben estar abiertas si el empleado no se encuentra en la oficina. Estos son solo algunos de los pasos que tomamos para proteger su PHI.

Como paciente tiene derecho a revisar su información médica. También podrá corregir su archivo médico. Si reclama su archivo médico para una revisión, trabajaremos para responder tan pronto como nos sea posible, pero no más tarde de 30 días. Si desea corregir su archivo médico después de la revisión, tendrá entonces nuestra oficina 60 días para responderle por escrito relativo a su solicitud. Por favor tome nota de que si desea una copia de su archivo médico habra una cuota asignada por la clínica. También tiene el derecho de recibir una relación de cuando y a quien se le ha revelado su información.

Usted podrá solicitar que pongamos límites de como utilizar o revelar su información médica para llevar acabo tratamientos, pago u operaciones y cuidados de salud. No se nos requiere que estemos de acuerdo con las restricciones solicitadas, pero si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, la restricción es obligatoria para nosotros.

El aviso de privacidad esta sujeto a cambios, porque siempre buscaremos nuevas maneras de asegurar la protección de su información médica. Si cambiamos este aviso de privacidad podrá obtener una copia revisada solicitandola en la recepción o escribiendo a nuestro oficial de privacidad.

Esta oficina se regirá por todas las leyes federales y estatales relacionadas con la privacidad de la información médica. Nos regiremos por los terminos de este aviso que le hemos proporcionado, y trabajaremos para revisar nuestras operaciones para poder hacer lo mejor que podamos para proteger su información médica. Si tiene preguntas o preocupaciones relacionadas con este aviso o sus derechos de privacidad favor de llamar a nuestro director de oficinas al (520) 642-2222. También usted podrá compartir sus preguntas o preocupaciones con su médico o con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Esta oficina reserva el derecho a cambiar los terminos de este aviso y para realizar nuevos avisos en vigor para todas las informaciones médicas que se mantengan. Notificaremos a nuestros pacientes que hemos renovado nuestro aviso mostrando una nota en le ventanilla de nuestra recepción.

Requerimos su consentimiento para tratamiento, para procesar el pago, y procedimientos para los ciudadanos de su salud. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos procesado e utilizado la información para tratamiento, pagos o procedimientos y cuidados de su salud.

Requerimos respetuosamente que firme y ponga la fecha después de haber leído este aviso.

Nombre del paciente (escriba en letras del molde)

Fecha de Nacimiento

Firma de Pacienta or Guardian

Fecha