

WEINSTEIN IMAGING ASSOCIATES, P.C.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Weinstein Imaging Associates.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ *

Fecha: _____

* Si la persona que firma no es el paciente, imprima su nombre y relación con el paciente:

Nombre: _____

Relación: _____

Sólo para uso de oficina:

If no acknowledgment could be obtained, state the reasons why and the efforts taken to try to obtain the acknowledgment: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Efectivo el 23 de Septiembre de 2013)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

La información médica protegida (es referida en los sucesivos como "PHI"), sobre usted, se mantiene un registro escrito y / o electrónico de sus contactos o visitas para servicios de atención médica dentro de nuestra práctica. Específicamente, la PHI es información sobre usted. La información incluye su nombre, dirección, teléfono, etc. que sirve para poder identificarlo y su afección de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados con usted.

Se requiere que nuestra práctica siga reglas específicas para mantener la confidencialidad de su PHI, usar su información y divulgar o compartir esta información con otros profesionales de la salud involucrados en su atención y tratamiento. Este aviso describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. También describe cómo seguimos las reglas aplicables y usamos y divulgamos su PHI para proporcionar su tratamiento, obtener el pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley.

Sus derechos bajo la Regla de Privacidad:

Lo siguiente es una declaración de sus derechos, bajo la Regla de Privacidad, en referencia a su PHI. Por favor, siéntase libre de discutir cualquier pregunta con nuestro personal.

Tiene derecho a recibir, y estamos obligados a proporcionarle una copia de este aviso de prácticas de privacidad -- Estamos obligados a seguir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. Puede solicitarlo llamando a nuestra oficina y solicita que se le envíe por correo o solicita una copia en el momento de su próxima cita. El aviso también se publicará en un lugar visible dentro de la práctica y en nuestro sitio web.

Tiene derecho a autorizar otro uso y divulgación – Esto significa que tiene derecho a autorizar cualquier uso o divulgación de PHI que no se especifique en este aviso. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de comercialización, o si tuvieramos la intención de vender su PHI. Puede revocar una autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica o nuestra práctica hayan tomado una medida en función del uso o divulgación indicados en la autorización.

Tiene derecho a solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial. – Esto significa que tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos utilizando un método alternativo (es decir, teléfono, correo electrónico) y a un destino (es decir, solo número de teléfono celular, dirección alternativa, etc.) designado por usted. Debe informarnos por escrito, utilizando un formulario provisto por nuestra práctica, cómo desea ser contactado si no es la dirección / número de teléfono que tenemos en el archivo. Seguiremos todas las solicitudes razonables.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI – Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su registro de salud completo. Si su registro de salud se mantiene electrónicamente, también tendrá derecho a solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos derecho a cobrar una tarifa razonable por copias de papel o electrónicas según lo establecido por las pautas profesionales, estatales o federales. Nuestra oficina también tiene un portal para pacientes, en el que puede registrarse en cualquier momento, para recuperar cualquier información de su historial médico que esté disponible a través del portal.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su PHI – Esto significa que puede solicitarnos, por escrito, que

no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si aceptamos la restricción solicitada, la cumpliremos, excepto en circunstancias de emergencia cuando la información sea necesaria para su tratamiento. En ciertos casos, podemos negar su solicitud de restricción. Tendrá derecho a solicitar, por escrito, que restrinjamos comunicación a su plan de salud con respecto a un tratamiento o servicio específico que usted, o alguien en su nombre, ha pagado en su totalidad, de su bolsillo. No se nos permite negar este tipo específico de restricción solicitada.

Tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida – Esto significa que puede solicitar una modificación de su PHI mientras mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos negar su solicitud de enmienda.

Tiene derecho a solicitar una responsabilidad de divulgación – Esto significa que puede solicitar una lista de divulgaciones que hemos hecho, de su PHI, a entidades o personas fuera de nuestra oficina.

Tiene derecho a recibir un aviso de violación de privacidad – Tiene derecho a recibir una notificación por escrito si la práctica descubre una violación de su PHI y determina, a través de una evaluación de riesgos, que se requiere una notificación.

CÓMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI):

Los siguientes son ejemplos de usos y divulgaciones de su PHI que se nos permite hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir posibles tipos de usos y divulgaciones:

Para su cuidado y tratamiento: Podemos usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero involucrado en su atención y tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un médico u otros proveedores de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a solicitud de su médico, se involucren en su atención. En emergencias, usaremos y divulgaremos su PHI para proporcionar el tratamiento que necesita.

Para facturación y pago:

Su PHI se usará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica recomendados para usted, como determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios.. For Por ejemplo, obtener la aprobación para una biopsia puede requerir que se divulgue su PHI relevante para obtener la aprobación para realizar el procedimiento en una instalación en particular. Esta información de salud está restringida a la que se necesita para las transacciones financieras.

Para operaciones de salud: Para brindar atención de calidad, los proveedores de atención médica en este centro pueden usar su información de salud, por ejemplo, para analizar la atención, el tratamiento y los resultados de su caso médico y de otros. Esta información de salud se utilizará para mejorar continuamente la atención de los servicios que le brindamos. Esto incluye, entre otros, planificación y desarrollo empresarial, evaluación y mejora de calidad, revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría y actividades de seguridad del paciente.

Para socios comerciales: Para proporcionar una atención de calidad, esta instalación requiere servicios comerciales como farmacia (nuclear), equipos médicos, laboratorios médicos, tecnología de la información, etc. Estos servicios utilizarán su información de salud en lo que respecta a la prestación de sus servicios. Además, los socios comerciales deben seguir nuestros estándares para proteger su información de salud y firmar un acuerdo de socio comercial. Además, los socios comerciales deben seguir la Regla de Seguridad de HIPAA como se especifica en la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) / Ley de Recuperación y Reinversión de Energía y Comercio, Subtítulo D., Sección 4401.

Noticias especiales: Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita, a través de una carta por correo y posiblemente también una llamada telefónica. Podemos comunicarnos con usted por teléfono u otro medio para proporcionar resultados de exámenes o pruebas y proporcionar información que describa o recomiende alternativas de tratamiento con respecto a su atención. Además, podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrece nuestra oficina, o con respecto a un plan de salud grupal, para divulgar información al patrocinador del plan de salud. Tendrá derecho a optar por no recibir dichos avisos especiales, mediante una solicitud por escrito según las instrucciones de usted.

Organización de información de salud: Podemos optar por utilizar una organización de información de salud u otra organización para facilitar el intercambio electrónico de

información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. information para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Para investigación: Podemos divulgar PHI a los investigadores si tienen los formularios de consentimiento apropiados y la investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional. Los investigadores estarán sujetos a los estándares de privacidad de la información de salud de esta instalación.

A otros involucrados en su atención médica: A menos que se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona (alguien que haya identificado como su "representante personal"), su PHI que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica, o con resultados de pruebas u otra información en caso de que no podamos comunicarnos con usted. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su cuidado, de su condición general o muerte. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la PHI, entonces su proveedor de atención médica puede, utilizando el criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En este caso, solo se divulgará la PHI que sea necesaria.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos: También se nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes propósitos: según lo exija la ley; para actividades de salud pública; actividades de supervisión de salud; en casos de abuso o negligencia; para cumplir con los requisitos de administración de Alimentos y Drogas; procedimientos legales; propósitos de aplicación de la ley; forenses directores de funerarias; donación de Organos; actividad criminal; actividad militar; seguridad nacional; compensación del trabajador; cuando un recluso en un correccional; y si lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

Quejas de privacidad: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No habrá penalidades ni represalias por presentar una queja.

ACUSE DE RECIBO DE ESTE AVISO:

Para los pacientes nuevos en nuestra práctica, se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso, para informarle sobre los posibles usos y divulgaciones de su PHI y sus derechos de privacidad. La entrega de sus servicios de atención médica no estará condicionada en modo alguno a su confirmación firmada. Si se niega a proporcionar un reconocimiento firmado, continuaremos brindando su tratamiento y utilizaremos / divulgaremos su PHI de acuerdo con la ley.

PARA SOLICITAR MÁS INFORMACIÓN O HACER PREGUNTAS:

Si desea más información o tiene preguntas, Weinstein Imaging Associates emplea un administrador de privacidad al que se puede contactar en 412.630.2649.

WEINSTEIN IMAGING ASSOCIATES, P.C.

Shadyside location:

5850 Centre Avenue
Pittsburgh, PA 15206
412-441-1161

South Hills location:

1910 Cochran Road Suite 740
Pittsburgh, PA 15220
412-440-6999

North Hills location:

5500 Corporate Drive Suite 100
Pittsburgh, PA 15237
412-630-2649

weinsteinimaging.com