



Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y se utilizará para:

- Realizar, planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento de mi(s) hijo(s) entre los médicos de nuestra práctica, así como entre cualquier especialista/ médico fuera de nuestra práctica involucrado en el tratamiento directa o indirectamente.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.
- Obtener el pago por los servicios prestados.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad escrito en un lenguaje sencillo que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información de salud protegida de mi/mi(s) hijo(s). Entiendo que Gold Pediatrics, LLC tiene el derecho de cambiar su Aviso de Práctica de Privacidad en cualquier momento y que puedo comunicarme con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actualizada de este aviso. Entiendo aún más mis derechos individuales y el proceso que debe tomarse si tengo una preocupación sobre esta política.

Entiendo que Gold Pediatrics, LLC ha elegido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake (CRISP), un intercambio regional de información de salud que sirve a Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, mi información de salud se compartirá con este intercambio para proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede "Optar por no participar" y deshabilitar el acceso a la información de salud de su(s) hijo(s) disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión voluntaria a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. Los informes de salud pública y la información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Maryland (PDMP), seguirán estando disponibles para los proveedores.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que Gold Pediatrics, LLC restrinja la forma en que se usa o divulga la información privada de mi(s) hijo(s) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.

Nombre(s) del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO USO DE OFFICE: Intenté obtener una firma en reconocimiento de este Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación.

Fecha: _____ Iniciales _____ Razon: _____



Gold Pediatrics LLC

Representante Autorizado de HIPAA

El Representante de HIPAA es una persona nombrada por una autoridad otorgante de pacientes para tener acceso a la Información de Salud Protegida (PHI) del paciente. Este formulario fue creado en respuesta a las solicitudes de los pacientes de que tienen una forma de documentar a los familiares o amigos que están involucrados en el cuidado o la facilitación de la atención del paciente. Por ejemplo, un paciente puede querer que su cónyuge o hijo adulto lo ayude en las preguntas de facturación, que reserve citas en su nombre o que se le informe de su estado de salud. Este formulario asegura que tenemos un registro de los deseos del paciente en este sentido y podemos compartir información de acuerdo con esta solicitud.

Yo, _____ ordeno a mi proveedor de atención médica y el seguro que divulguen y divulguen mi información médica, mi información de salud protegida que se describe a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____

_____ Relación: _____

Información de Contacto: _____

Información de salud que se divulgará a solicitud de la persona nombrada anteriormente-
(Marque A o B):

A. Divulgar mi registro médico completo (incluidos, entre otros, diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación de todas las afecciones) O

B. Disclose mi registro médico como se describe anteriormente PERO no revele lo siguiente

(Verifique según corresponda):

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles (incluidos el VIH y el SIDA)

Tratamiento del abuso de alcohol / drogas

Otros (especifíquese): _____

Forma de divulgación (a menos que se acuerde mutuamente otro formato entre mi proveedor y la persona designada):

Un registro electrónico o acceso a través de un portal en línea

Copia impresa

Esta autorización permanecerá vigente hasta (Comprobación uno):

Todos los períodos pasados, presentes y futuros O,

Fecha o evento: _____

A menos que lo revoque. (Nota: Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a su Proveedores de atención médica, preferiblemente por escrito).

Nombre de la persona que otorga esta autorización

Fecha de Nacimiento

Firma de la persona que otorga esta autorización

Fecha