

Avisode prácticas de privacidad: All Day Medical CareClinic, LLC

Por Favor lea y firme

Este aviso describecómo se puede usarla información médicasobre usted, divulgada y cómo ustedpuedetener acceso a estainformación.Por favor revisecuidadosamente este documento.

Información sobre la Saluddel

Bajo la leyfederal,la información desalud del paciente(PHI), es protegido y confidencial. Información de saluddel paciente (PHI) incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información desalud del paciente(PHI) tambiénincluye el pago, facturación yseguros. Estamos comprometidos a proteger laprivacidad de su PHI.

Cómo usamos su información médica (PHI)

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar en nuestra práctica o de la red y divulgar (cuota fuera de nuestra práctica o de red) su PHI para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para fines administrativos, para la evaluación de la calidad de la atención, y así sucesivamente. También podemos compartir su PHI para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. Este aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. En algunas circunstancias es posible que debamos utilizar o divulgar su PHI sin su consentimiento.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su PHI parabrindarle tratamiento o servicios médicos. También podemos revelar su PHI a otros proveedores de atención de la salud que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que están llenando sus recetas, a los laboratorios de la realización de pruebas, ya los miembros de la familia que están ayudando con su cuidado, y así sucesivamente.

Pago: Vamos a utilizar y divulgar su PHI para fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos la autorización de su compañía aseguradora antes de suministrar ciertos tipos de tratamiento. Vamos a presentarlas facturas y mantener registros de pagos de su plan de salud. PHI puede ser compartida con los siguientes: empresas de facturación, las compañías de seguros (planes de salud), los organismos gubernamentales a fin de ayudar con las calificaciones de las prestaciones, o las agencias de cobro.

Operación: Podemos pedirle que complete una hoja de registro o de los miembros del personal le puede pedir que el motivo de su visita para que podamos cuidar mejor para usted. A pesar de las garantías, siempre es posible en el consultorio del médico para que aprendas información sobre otros pacientes o pueden aprender sin darse cuenta algo sobre ti. En todos los casos, que esperamos y pedimos que nuestros pacientes a mantener la estricta confidencialidad de la PHI.

Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar diversas funciones de rutina (por ejemplo, las evaluaciones de calidad o análisis de registros, estudiantes de formación, otros proveedores de atención médica o personal auxiliar, como el personal de facturación, para ayudar en la resolución de problemas o quejas en la práctica). Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre referencias, para el seguimiento de los resultados de laboratorio, para preguntar por su salud o por otras razones. Podemos compartir su PHI con los asociados de negocios que nos ayudan en la realización de las funciones operativas de rutina, pero siempre vamos a obtener garantías de que para proteger su PHI al igual que nosotros.

Situaciones especiales que no requieren su permiso: Podemos estar obligados por ley a informar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, y así sucesivamente, podríamos estar obligados a revelarlas estadísticas vitales, enfermedades, e información similar a las autoridades de salud pública, que pueden ser obligados a revelarla información de las auditorías y otras actividades similares, en respuesta a una citación u orden judicial, o de lo requerido por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Podemos revelar información sobre usted para la compensación del trabajador o programas similares para proteger su salud o la salud de los demás o para las necesidades del gobierno legítimo, para la investigación médica aprobada, o a ciertas entidades en el caso de la muerte. Su PHI también puede ser compartida si usted es un preso o bajo custodia de la ley que es necesaria para su salud o la salud y seguridad de otros individuos.

Actividad Military Seguridad Nacional: Cuando las condiciones apropiadas, podemos usar o revelar PHI de individuos que son miembros de las Fuerzas Armadas para actividades consideradas necesarias por las autoridades del comando militar correspondiente, a los efectos de una determinación por el Departamento de Veteranos.

Exteriores de su elegibilidad para beneficios, o a la autoridad militar extranjera si usted es miembro de esos servicios militares extranjeros.

En algunas situaciones, es posible que le solicitemos su autorización escrita antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted firma una autorización, posteriormente puede revocar la autorización.

Derechos Individuales

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su PHI, por ejemplo:

A menos que usted se oponga, podemos compartir su PHI con amigos o miembros de la familia u otras personas identificadas por usted directamente al nivel que está involucrados en su cuidado o el pago de servicios. Si usted no está presente o no puede aceptar / objeto, el proveedor de atención médica con criterio profesional determinará si está en su mejor interés de compartir la información. Podemos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, de su ubicación, condición general o muerte. Podemos usar o divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada para asistir en los esfuerzos de socorro.

Usted puede solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su PHI. No estamos obligados a aceptar todas las restricciones. Si usted paga en su totalidad para un tratamiento o servicio inmediatamente, se puede solicitar que no compartamos esta información con su proveedor de seguro médico o de nuestros socios comerciales. Haremos todo lo posible para dar cabida a esta petición y, si no podemos, nosotros le diremos antes del tratamiento.

Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, el envío de avisos a una dirección especial.

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de obtener una copia de su PHI. Habrá un cargo por las copias.

Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta o si falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente mediante la presentación de una solicitud por escrito. Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos divulgado su PHI por razones distintas de tratamiento, pago u operaciones. La primera solicitud en un plazo de 12 meses es gratis. No habrá cargo para los informes adicionales.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, bajo petición. Nosotros le proporcionaremos una copia de este aviso en el primer día que lo tratamos en nuestras instalaciones. En una situación de emergencia, vamos a darle este aviso tan pronto como sea posible. Usted tiene el derecho de recibir notificación de cualquier violación de su información de salud protegida.

CRISP

We have chosen to participate in the Chesapeake Regional Information System for our Patients (CRISP), a regional health information exchange serving Maryland and D.C. As permitted by law, your health information will be shared with this exchange in order to provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed decisions. You may "opt-out" and disable access to your health information available through CRISP by calling 1-877-952-7477 or completing and submitting an Opt-Out form to CRISP by mail, fax or through their website at www.crisphealth.org. Public health reporting and Controlled Dangerous Substances information, as part of the Maryland Prescription Drug Monitoring Program (PDMP), will still be available to providers.

Nuestro Deber Legal

Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su PHI, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI, y para cumplir con los términos del Aviso actualmente vigente. Podemos actualizar o cambiar nuestras prácticas políticas de privacidad en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos nuestro Aviso o colocaremos el nuevo Aviso en la zona de admisión y en nuestra página web www.myurgentcarenow.com. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier tiempo.

Si usted está preocupado acerca de sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad se enumeran a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

Persona de contacto

Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con:

All Day Medical Care
8945 N Westland Drive
Gaithersburg MD 20877
Phone: (301) 330-0006
Fax: (301) 330-0444
Email: correspondence@alldaymedicalclinic.com

Reconocimiento del Pacie

Mi firma verifica que se me ha facilitado una copia de All Day Medical Care "Avisode prácticas de privacidad" para su revisión. Entiendo que si me gustara una copia de este Aviso, All Day Medical Care se me proporcionará una copia de esta documentación.

Text

mm/dd/yyyy

Text

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha

Fecha: _____ Tiempo de Visita: _____ Razon por Visita: _____

Datos basicos del paciente

Nombre Legal		Segundo Nombre		Apellido Nombre	
Genero	Estado Civil	Fecha de Nacimiento		Numero de seguro social	
Domicilio			Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Casa		Celular		Direccion de Correo Electronico	
Doctor Primario		Numero del Doctor Primario			
Pharmacia	Numero del Pharmacia	Poliza Para Receta Extraviada: ____ Entiendo que si pierdo mi receta no voy a recibir otra hasta ser re-evaluado			

Informacion del Paciente Empleo/Escuela

Empleo/Escuela	Ocupacion	Contacto de empleador/escuela
----------------	-----------	-------------------------------

Informacion de Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto	Numero de telefono de Contacto	Relacion con el Contacto
--------------------	--------------------------------	--------------------------

Seguro Medico Informacion y Direccion

Seguro Primario		Seguro Secundario	
Nombre de la asegurado		Nombre de la asegurado	
Numero del Plan (ID)	Numero del Grupo	Numero del Plan (ID)	Numero del Grupo
Nombre Legal Delasegurado			
Domicilio del Asegurado			
Del Asegurado Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento del Asegurado		

Responsable

Nombre de facturación (if other than patient)	Numero telefonico	Relación con paciente		
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	

Como se entero de nosotros?

_____ Amigo/Familia _____ Internet _____ El correo directo _____ Seguro de salud _____ Trabajo

Consentimiento del Paciente

La información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a All Day Medical Care, LLC para solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por All Day Medical Clinic, y solicito que mis beneficios del seguro le pagará directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a All Day Medical Care, LLC o de la compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mi reclamo. Entiendo que mis registros e información médica puede ser compartida con mi empleador cuando el empleador ha solicitado los servicios prestados por la clinica. Doy mi consentimiento para el tratamiento por el personal de atención de All Day Medical Care, LLC y acuerdo en que no se puede garantizar en relación con los resultados de dicho tratamiento. Reconozco que el Aviso de Derechos de Privacidad (HIPPA) se ha puesto a mi disposición. He leído y entendido la Política Financiera de la práctica, y estoy de acuerdo en sus términos. También entiendo que la práctica podrá modificar estos términos de vez en cuando. Mi aceptación cubre mi visita de hoy y todas las futuras visitas.

Firma del Paciente o Persona Autorizada: _____ Fecha: _____

Solicitud de Información Protegida

Tienes mi permiso para hablar de mi atención médica / cuenta con:

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Por favor indique dónde está bien dejar un mensaje : (marque todo lo que corresponda)

Hogar

Trabajo

Celular

E-Mail Policy

En general, es una reglade esta oficina no comunicar la información de salud protegida (PHI) a través de correo electrónico. Sin embargo , sabemos que en ciertas situaciones , puede ser la única forma de comunicación disponibles. Las comunicaciones por correo electrónico de la oficina no son seguras. Sin garantía de correo electrónico está en riesgo de ser interceptado por un tercer persona, no autorizada. Con el fin de correo electrónico ISP a través de un canal no seguro , necesitamos su consentimiento informado. Incluso con el consentimiento , nos reservamos el derecho a utilizar otras formas de comunicación si consideramos innecesaria e-mail .

Correo electronico: _____

Ponga sus iniciales en su seleccion

_____ All Day Medical Care Clinic, LLC me ha hecho consciente de los riesgos asociados con el envío de la PHI a través de e-mail. Doy mi consentimiento para que la PHI sea enviada a mi email, sabiendo los riesgos.

_____ All Day Medical Care Clinic, LLC me ha hecho consciente de los riesgos asociados con el envío de la PHI a través de e-mail. NO doy mi consentimiento para que la PHI sea enviada a mi email.

X _____
Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

X _____
Firma del Paciente o Guardian

Fecha