Nota de HIPAA de Prácticas de Intimidad

About Women OB/GYN
2296 Opitz Blvd, Suita 440
Woodbridge, VA 22191
703-878-0740

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED se PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER el ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

Esta Nota de Prácticas de Intimidad describe cómo podemos usar y poder revelar que su ha información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su información protegida de la salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, inclusive información demográfica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

1. Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud
Su ha información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su médico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del médico'la práctica de s, y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: usaremos y revelaremos que su ha información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con un terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su ha información protegida de salud, como sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su ha información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su ha información protegida de salud se usará, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobación que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobación para la admisión del hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: podemos usar o podemos revelar, como necesitado, su ha información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su médico'la práctica de s. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, las actividades de la evaluación de la calidad, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licenciar, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar que su ha información protegida de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en el escritorio de matrícula donde usted se pedirá para se firmar su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la habitación que espera cuando su médico está lista para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública publica como requerido por ley, estas Enfermedades Communicable: Descuido publica Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Legal Procede: Aplicación Ley: Pesquisidores, Directores Funeral, y Donativo Organo: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores' Compensación: Presos: Usos Funeral por estasY el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos y las Revelaciones Permitidos y Requeridos se Harán Sólo Con Su Consentimiento, la Autorización o la Oportunidad de Oponerse a menos que requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier vez, a escribir, menos hasta el punto que su médico o el médico'la práctica de s ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos que Siguen son una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ha información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, en una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, y en información protegida de salud que es la ley con sujeción a que prohibe el acceso a la información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que una restricción de su ha información protegida de salud. Esto significa que usted nos puede preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su ha información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su ha información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Prácticas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud, su información protegida de la salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. **Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros**, sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de la salud. Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionará con una copia de cualquiera tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera, Usted su ha información protegida de salud.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informará por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Las Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. **Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.**

Esta nota se publicó y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objección a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono.

La firma debajo de es sólo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Prácticas de la Intimidad:

Imprima el Nombre: Signature_____Date_____ _____