

Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc.

NOTICIA de SISTEMAS de PRIVACIDAD

A nuestros pacientes. Esta nota describe como informacion sobre su salud, de este consultorio podria ser usado y discluido, y como usted podria tener acceso a informacion sobre su salud. Esto es requerido por las Regulaciones Privadas, creadas como un resultado de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

NUESTRO COMPROMISO A SU PRIVACIDAD nuestro consultorio esta dedicado a mantener la privacidad de informacion sobre su salud. Estamos requeridos por ley a mantener la confidencialidad sobre informacion de su salud.

Nosotros entendemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proveerle a usted la siguiente informacion importante.

Uso y disclosura sobre informacion de su salud en ciertas circunstancias especiales.

Las circunstancias siguientes quiza requieran que nosotros usemos o demos informacion sobre su salud.

1. A las autoridades del departamento de salud y agencias de salud que son autorizados por la ley que colecten informacion.
2. Demandas y procedimientos similares en correspondencia a la corte u orden administrativa.
3. Si requerido a hacerlo por un oficial de la ley.
4. Cuando necesario a reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y serguridad o la salud y seguridad de otro individuo o al publico. Nosotros solamente haremos disclosura a una persona u organizacion capaz de ayudar a prevenirla en acuerdo con la ley de California.
5. Si usted es miembro de una fuerza militar de EE.UU. u otro pais extranjero (incluyendo veteranos) y si requerido por las autoridades apropiadas.
6. A Oficiales Federales por inteligencia y actividades de seguridad nacional, autorizados por la ley.
7. A instituciones correccionales o a oficiales que enforzan la ley, si usted es un prisionero o bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Para compensacion de empleados y programas similares.

Sus derechos sobre informacion de su salud:

1. Comunicaciones. Usted puede pedir que nuestro consultorio se comunicué con usted sobre su salud y cosas relacionadas de una manera particular en cierto local. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos a su casa, en vez de su trabajo.
2. Puede usted pedir una restriccion en nuestro uso o disclosura sobre informacion de su salud para tratamiento, pago u operaciones sobre el cuidado de su salud. Adicionalmente, usted tiene el derecho a pedir que se le ponga una restriccion a la disclosura a informacion sobre su salud solo a ciertos individuos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado, tal como miembros de familia o amistades. No se nos requiere que estemos de acuerdo a su disposicion, aun, si no estamos de acuerdo.
3. Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de informacion de su salud que puede ser usada para decisiones sobre usted, incluyendo su archivo medico, y records de biles, pero no incluyendo notas de terapia psicologica. Usted puede someter en escrito.
4. Usted puede pedirnos que amendemos su informacion de salud si cree que esta incorrecta o incompleta, y por lo tanto que la informacion este en nuestro poder o para nuestro consultorio. Para pedir un amendamiento, tendra que ser en escrito y sometido. Debe de proveernos con una razon que apoye el pedir el amendamiento.
5. Derecho a una copia de esta noticia. Si desea puede recibir una copia de esta Noticia de Sistemas Practicas de privacidad. Para obtener una copia de esta noticia comuniquése con la recepcionista.
6. Derecho a poner una queja. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede poner una queja a nuestro consultorio o con la secretaria del departamento de salud o servicios Humanos. Para poner una queja con nuestro consultorio, comuníquese a Privacy Officer, EPMSC, 681 Third Avenue, Chula Vista, CA 91910. Todas quejas deben ser sometidas en escrito. Usted no sera penalizado por poner una queja.
7. Derecho a proveer una autorizacion para otros usos o disclosuras Nuestro Consultorio va a obtener una autorizacion en escrito para usos y disclosura que no sean identificadas por esta notificacion o permitida aplicable por ley.

Yo reconozco que me han presentado con una copia de El Acta de Practicas de Privacidad de EPMSC.

Firma _____

Fecha _____

Nombre del Paciente _____