



BAY ANESTHESIA GROUP

THE CARE YOU NEED, WHERE YOU NEED IT

Ph: 650-282-4171

Fax: 650-282-4187

info@bayanesthesiagroup.com

www.bay-anesthesia.com

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de salud que le identifica en privado. Estamos obligados por ley a dar aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su salud información y qué derechos te tienen en él.

Operaciones de pago, tratamiento y cuidado de la salud

La razón más común de usar o divulgar su información médica es para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información para fines de tratamiento son: programar una cita para usted; el examen físico, consultas médicas, suministro de anestesia, referencia a otro médico o clínica para otra atención o servicios de salud, y obtener copias de su información de salud de otro profesional que usted pudo haber visto antes que nosotros. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para fines de pago son: hacer preguntas acerca de su salud o los planes de atención dental u otras fuentes de pago; preparación y envío de facturas o reclamos; y la colección de cantidades impagadas (o nosotros mismos, o a través de una agencia fiscal o colección). "Operaciones de atención médica" significa esas funciones administrativas y gerenciales que tenemos que hacer para poder ejecutar nuestra oficina. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para operaciones de atención médica: auditorías financieras o de facturación; Aseguramiento de la calidad interna; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; negocio planificación; y almacenamiento de información de nuestros registros.

Rutinariamente utilizamos su información de salud dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si tenemos que revelar su información de salud fuera de nuestra oficina por estas razones, pediremos permiso especial por escrito.

Usos y divulgaciones por otras razones sin permiso

En algunas situaciones limitadas, la ley permite o nos obliga a utilizar o divulgar su información médica sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán con nosotros; unos de los siguientes temas puede que nunca suceda en nuestra oficina. Tales usos o divulgaciones son:

- Cuando un estado o ley federal exige que se notifiquen cierta información de salud para un propósito específico;
- para propósitos de salud pública, tales como enfermedad contagiosa informes, investigación o vigilancia; y avisos para y por la administración federal de alimentos y medicamentos sobre medicamentos o dispositivos médicos;
- Revelaciones a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Usos y divulgaciones para actividades de supervisión de salud, tales como el licenciamiento de los médicos; para auditorías por Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de leyes de salud;
- Divulgación de procedimientos judiciales y administrativos, tales como en respuesta a citaciones o las órdenes de los tribunales u organismos administrativos;
- Revelaciones para propósitos de cumplimiento de la ley, tales como proporcionar información acerca de alguien que es o se sospecha que una víctima de un crimen para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; o para reportar un crimen que ocurrió en algún lugar más;
- Divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayudar en la sepultura; o a organizaciones que maneje las donaciones de órganos o tejidos;
- Usos o divulgaciones para la salud relacionados con la investigación;
- Usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad;
- usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializados, tales como para la protección del Presidente o del rango alto de funcionarios del gobierno; para las actividades de Inteligencia Nacional legal; para fines militares o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior;

- Divulgación de la información anónima;
- Revelaciones relativas a programas de compensación del trabajador;
- Revelaciones de un "conjunto de datos limitado" para la investigación, la salud pública u operaciones de cuidado de la salud;
- Divulgaciones incidentales que son una consecuencia inevitable de usos permitidos o revelaciones;
- Revelaciones a "socios" que ejecutan operaciones de cuidado de la salud para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica.

A menos que usted se oponga, también compartiremos información relevante acerca de su cuidado con su familia o amigos que te ayudan con el cuidado de la anestesia dental.

Recordatorios de la cita

Podemos llamar o escribir para recordarle de las citas programadas. También podemos llamar o escribir a informarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarlo. A menos que usted nos dice lo contrario, será un recordatorio de la cita en una postal por correo o por correo electrónico o dejar un mensaje recordatorio en el número de teléfono proporcionado o con alguien que conteste el teléfono.

Otros usos y divulgaciones

No vamos a hacer otros usos o divulgaciones de su información médica a menos que firme un escrito "autorización formulario." El contenido de un formulario de "autorización" es determinado por la ley federal. A veces nosotros podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces usted puede iniciar el proceso si es tu idea para que enviemos su información a otra persona. Normalmente, en esta situación nos dará un formulario de autorización debidamente cumplimentada o puede usar uno de los nuestros. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tienes que firmarlo. Si usted no firma la autorización, no podemos hacer uso de la divulgación. Si usted firma una, usted puede revocar en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado confiando en él. Revocación debe ser por escrito. Envíalo a la persona de contacto de esta oficina que designamos al principio de este aviso.

Sus derechos con respecto a su información de salud

La ley le da muchos derechos con respecto a su información de salud. Puedes:

- pedirnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pago u operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo, pero si estamos de acuerdo, debemos honrar las restricciones que desea. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de oficina en la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.
- pedir que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, como llamarte en el trabajo en lugar de en casa, enviar información de salud a otra dirección de correo o mediante correo electrónico a tu dirección de correo electrónico personal. Nos adaptaremos a estas peticiones si son razonables y si nos pagas por cualquier costo adicional. Si usted quiere pedir comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de oficina en la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.
- Pídale a ver o conseguir fotocopias de su información médica. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que podemos rechazar permitir acceso o copiar. En su mayor parte, sin embargo, usted será capaz de revisar o tener una copia de su información médica dentro de 30 días de pedirlo (o 60 días) si la información es almacenada fuera del sitio. Quizás tengas que pagar por adelantado para fotocopias. Si denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestro rechazo si está legalmente disponible. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días de tiempo para nosotros darle acceso o fotocopias si le enviamos una notificación por escrito de la extensión. Si desea revisar o conseguir fotocopias de su información médica, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de oficina en la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.
- solicitar que enmendemos su información médica si crees que es incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo, modificaremos la información dentro de 60 días de cuando usted nos pide. Le enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que tienen la información equivocada y otros que se especifica. Si no estamos de acuerdo, usted puede escribir una declaración de su posición y lo incluiremos con su información de salud junto a cualquier declaración de refutación que podemos escribir. Una vez que su estado de situación y/o nuestra refutación está incluido en su información de salud, lo enviaremos después que se haya permitido la divulgación de su información médica. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días de tiempo para considerar una solicitud de enmienda si se notificará por escrito de la extensión. Si quieres pedirnos que enmendemos su información de salud, enviar una solicitud por escrito, incluyendo las razones para la enmienda, a la oficina de persona de contacto en la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.

- obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica dentro de los últimos seis años (o más corto período si quieres). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, las operaciones de pago o atención médica, las divulgaciones con su autorización, divulgaciones INCIDENTALES; declaraciones requeridas por la ley; y algunas otras revelaciones limitadas. Usted tiene derecho a una tal lista por año sin cargo. Si quieres más frecuentes listas, tendrás que pagar por adelantado. Generalmente responderemos a su solicitud dentro de 60 días de haberlo recibido, pero por ley podemos tener una prórroga de 30 días de tiempo si nosotros notificaremos de la extensión en la escritura. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de oficina en la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.
- obtener copias adicionales de este aviso de prácticas de privacidad a petición. No importa si tienes la forma electrónica o en papel ya. Si desea copias adicionales tendrá que mandar por escrito a la oficina de persona de contacto en la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad

Por ley debemos respetar los términos de este aviso de prácticas de privacidad hasta que decidimos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permitido por la ley. Si cambiamos este aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud que ya tenemos, también en cuanto a dicha información que nosotros podemos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web y tener copias disponibles bajo petición.

Quejas

Si crees que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información médica, usted es libre a quejarse a nosotros o el Departamento de salud y servicios humanos, oficina de derechos civiles. No talionaremos contra usted si usted presenta una queja. Si desea quejarse a nosotros, enviar una queja por escrito a la persona contacto de oficina de la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso. Si lo prefiere, usted puede discutir su queja en persona o por teléfono.

Para obtener más información

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, llame o visite la persona contacto de la oficina en la dirección o teléfono número mostrado al principio de este aviso.

Acuse de recibo

Reconozco que he recibido una copia del aviso CarePoint Anestesia Grupo de prácticas de privacidad.

Firma _____ Fecha _____