

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DEL AISLAMIENTO
(Retenido por el proveedor medico)

Es de mi conocimiento y entendimiento que Southern Oregon Physical Therapy Associates, Inc., (referido abajo como "la clínica") utilizará y revelará información de salud acerca de mi persona con el objetivo de proporcionarme el cuidado terapéutico adecuado. Entiendo que le está permitido a la clínica utilizar y proporcionar información acerca de mi estado medico personal para:

- Planear y hacer decisiones acerca de mi cuidado y tratamiento;
- Referirse, consulte, y coordine con otros proveedores de asistencia y cuidado médico en el curso de mi tratamiento;
- Determine mi elegibilidad para el plan de la salud o la cobertura de seguridad, y se someter cuentas o recibos, denuncias o reclamos, y otra información relacionada a compañías de seguros o a otros que pueden ser responsables de pagar por algo o toda mi asistencia médica;
- Realizar diferentes funciones de oficina, administrativas, y de negocios que apoyen la capacidad de la clínica para que me proporcione el cuidado apropiado y acuerdos en los pagos.

Así como también comprendo que tengo el derecho de recibir por escrito la Notificación de las Prácticas de Privacidad que describen el como la clínica usa y revela mi información médica, y las prácticas de información seguidas por el personal de la clínica, así como mis derechos acerca de la información que guarda mi salud.

Entiendo que la Notificación de las Practicas de Privacidad quizá sea revisada de vez en cuando y que tengo el derecho a recibir, atreves de una petición, una copia actualizada de cualquier Notificación de las Practica del Aislamiento que sea sometida. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actual de la Notificación de las Practica del Aislamiento en efecto será fijada en el área de recepción.

Entiendo que la Notificación de las Practicas de Privacidad describe cómo puedo ejercitar mis derechos, entiendo que también puedo pedir que alguna o toda mi información personal de salud no sea utilizada o divulgada, así como también entiendo que la clínica no está legalmente obligada a acceder a dichas peticiones.

Entiendo que la Notificación de las Practicas de Privacidad describe cómo puedo ejercitar mis derechos, entiendo que también puedo pedir que alguna o toda mi información personal de salud no sea utilizada o divulgada, así como también entiendo que la clínica no está legalmente obligada a acceder a dichas peticiones.

Paciente o Padre/Tutor

Fecha

O

Firma del representante del paciente

Fecha

Descripción de la autoridad representativa _____

Effective Date: 4/14/2003

Póliza de Privacidad del Paciente

A nosotros nos es requerido por ley proteger la privacidad de su información médica y proporcionarle a usted, por escrito, un aviso detallado del cómo esta clínica puede utilizar o revelar su información personal médica y de cómo usted puede obtener o corregir esta información.

Ahora, aquí está un breve resumen:

- Puede ser posible que nosotros usemos su información médica o la revelemos a otros con el fin de proporcionar o acondicionar todo para su asistencia médica, para ajustar el pago o reembolso por el cuidado que le proporcionemos a usted, o para llevar a cabo actividades administrativas relacionadas con el apoyo de su tratamiento.
- Puede ser que se nos requiera o permita por cierto estado o leyes federales, las regulaciones, o circunstancias legales utilizar o revelar su información médica para ciertos propósitos sin su autorización. Bajo otras circunstancias nosotros podríamos necesitar su autorización por escrito (la cual puede ser revocada después) con el fin de usar o revelar su información médica.
- Como nuestro paciente, usted tiene derechos importantes con respecto a su información médica en este dispensario. Usted tiene el derecho de inspeccionar, copiar, enmendar, o corregir esa información, obtener una contabilidad de las revelaciones de su información médica, pedir que nos comunicáramos con usted de una manera confidencial, pedir que restrinjamos ciertos usos y revelaciones acerca de su información médica. Tenemos un procedimiento de archivar una queja si usted piensa que sus derechos han sido violados. Por favor pregúntenos si usted tiene cualquier pregunta.
- Le proporcionaremos detalladamente un Aviso de las Prácticas de Privacidad el cual completamente explicara sus derechos y nuestras obligaciones sujetadas a la ley. Es posible que revisemos nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad de vez en cuando. La Fecha de vigencia, ubicada en la parte superior derecha de esta página, indica el día más preciso en que el Aviso de las Prácticas de Privacidad tendrá efecto.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de nuestras más actuales Prácticas de Privacidad. Pregunte por favor al personal de la recepción y nosotros le proporcionaremos una copia.
- Si usted tiene cualquier pregunta, preocupaciones, o quejas acerca del Aviso de las Prácticas de Privacidad o de su información médica, por favor contáctenos al (541) 773-7678.

(por favor llene al otro lado)