

HIPAA, Health Insurance Portability y Accountability Act

La protección de su información médica confidencial es importante para nosotros

Nuestra responsabilidad

I. La confidencialidad de su información personal de salud es muy importante para nosotros. Su información médica incluye registros que creamos y obtenemos cuando le ofrecemos el cuidado. También incluye facturas, reclamaciones de seguros, y otra información de pago que mantenemos relacionada con su atención. Este aviso describe cómo manejamos la información sobre su salud y sus derechos con respecto a esta información. En términos generales, estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud como lo requiere la ley; proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted que collectamos y mantenemos, y cumplir con los términos de nuestro aviso actual en efecto.

Información de Contacto

II. Después de revisar este aviso, si necesita más información o desea contactarnos por cualquier razón sobre el manejo de su información de salud, por favor dirija sus preguntas al Oficial de Privacidad al 510-856-4800

Usos y Revelación de la Información

III. Bajo la ley federal, se nos permite usar y divulgar su información médica personal sin autorización para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los participantes en este arreglo organizado de cuidado de la salud también compartir información de salud con los demás, si es necesario para realizar el tratamiento, pago o operaciones de atención médica relacionados con el acuerdo de cuidado médico. Podemos compartir la cantidad mínima de información personal de salud necesario para socios de negocios que presten servicios en nuestro nombre.

Sus derechos de información

IV. Como se describe

- Solicitar que restrinjamos ciertos usos y divulgaciones de su información de salud, pero no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos, como la toma de registros disponibles para su recogida, o enviarlos por correo a usted en una dirección alternativa, como por ejemplo un PO BOX . Cumpliremos con las solicitudes razonables de tales comunicaciones confidenciales.
- Solicitud para revisar o recibir una copia de la información médica que se mantiene en nuestros archivos y los archivos de nuestros socios de negocios. Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo por los costos de copiado, envío u otros suministros relacionados con su solicitud. Si no podemos satisfacer su petición, le informaremos por escrito la razón de la negación y de la derecha, en su caso, a solicitar una revisión de la decisión.
- Solicitar que se corrija la información sobre su salud que se mantiene en nuestros archivos y los archivos de nuestros socios de negocios. Su solicitud debe explicar por qué cree que los registros deben enmendarse. Si no podemos satisfacer su petición, le informaremos por escrito el motivo de la denegación y le digamos cómo es posible impugnar la decisión, incluyendo su derecho a presentar una declaración de desacuerdo con la decisión. Se agregará esta declaración para sus archivos.
- Solicitar una lista de nuestras revelaciones de su información médica. Esta lista, que se conoce como un "informe" de las revelaciones, no incluirá ciertas revelaciones, como las realizadas para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Le daremos la contabilidad de forma gratuita, sin embargo, si usted solicita más de un informe en cualquier período de 12 meses, podemos imponer una cuota razonable basada en el costo de cualquier solicitud posterior. Su solicitud debe indicar el período de tiempo en el que está interesado. No seremos capaces de ofrecerle una contabilidad de las divulgaciones hechas antes
- Solicitar una copia impresa de este aviso. Para ejercer cualquiera de sus derechos se ha descrito anteriormente, debe presentar una solicitud por escrito a nuestra oficina. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos, por favor hable con nuestra persona de contacto, disponible por teléfono o correo electrónico durante las horas normales de oficina.

Para solicitar información o presentar una queja

V. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito y enviarla por correo o entregarla a nuestro oficial de privacidad de contacto en 510-856-4800.

Las revisiones de este Aviso

VI. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso. Si este aviso se revisa, las condiciones modificadas se aplicarán a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información sobre usted recopilada u obtenido antes de la fecha de vigencia de la Notificación revisada. Si las revisiones reflejan un cambio importante en el uso y divulgación de su información, sus derechos con respecto a dicha información, nuestras obligaciones legales, u otras prácticas de privacidad descritas en el Aviso, vamos a distribuir rápidamente la Notificación revisada, puesto que en la sala de espera de nuestras oficinas, hacer copias a disposición de nuestros pacientes y otras personas, y lo publicaremos en nuestro sitio web.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Castro Valley Open MRI. El aviso proporciona en detalle los usos y revelaciones de mi información protegida de salud que se pueda hacer por esta práctica, mis derechos individuales, ¿cómo puedo ejercer estos derechos y deberes legales de la práctica con respecto a mi información.

Firma del Paciente

Fecha