

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PODRIA SER USADA O DADA A CONOCER, Y COMO USTED PODRA OBTENER ESTA INFORMACION. FAVOR DE PREVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

La informacion confidencial acerca de su cuidado da salud podria ser dada a conocer para fines de tratamiento, pagos por servicios medicos y durante operaciones del cuidado de su salud. Esta noticia tambien describe sus derechos a controlar y obtener informacion acerca de su cuidado de salud.

USOS DE LA INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL:

Su informacion confidencial podria ser dada a conocer por su medico y sus empleados para continuar y manejar su salud medica. Esto podria incluir casos de emergencias. Podriamos dar informacion de salud a otra oficina medica donde usted sea referido para continuar su tratamiento, agencias que proven cuidado de salud en la casa o agencias de rehabilitacion. Esta informacion la proveemos con el proposito que el medico o la agencia puedan hacer un diagnostico y tratamiento de su problema de salud.

PAGOS:

Su informacion confidencial podria ser usada cuando sea necesario para recibir pagos por los servicios de salud prestados a usted. Por ejemplo obtener aprobacion para su estancia en el hospital podria requerir proveer esta informacion antes de usted ser admitido al hospital.

OPERACIONES DURANTE EL CUIDADO DE SALUD:

Nosotros podriamos usar su informacion confidencial durante nuestra actividades regulares de trabajo. Estas actividades incluyen, pero no estan limitadas a; reuniones del personal medico para discutir su estado o situacion de salud. Juntas para mejorar nuestro manejo y servicio de su cuidado medico en la oficina. Podriamos usar su informacion para el entrenamiento de estudiantes, asistentes de medicos y asistentes de enfermeras. Ademas nosotros lo vamos a llamar a usted por su nombre en el area de espera en el momento que su medico le requiera. Usted podra ser contactado por el personal de la oficina para confirmar su cita con el doctor, opciones en su tratamiento y otros servicios de salud que podrian ser de su interes. Nosotros podriamos usar y dar a conocer su informacion confidencial de salud sin su autorizacion en las siguientes situaciones requeridas por la ley; en caso de una enfermedad transmissible; una reaccion alergica a un medicamento of comida. Se dara a conocer su informacion a agencias o oficiales de la ley en su caso de una investigacion en el cual usted haya sido victima de abuso, un crimen of violencia domestica.

SUS DERECHOS:

Esta es una declaracion de sus derechos con respeto a su informacion confidencial de salud.

Usted tiene derecho a restringer el uso de su informacion de salud. Esta significa que usted puede limitar la informacion que se le da a su familia, amigos o otras personas envueltas en su cuidado de salud. Para cumplir con este requisimiento usted tiene que especificar que restricciones usted quiere y a quien le quiere poner restricciones.

Su medico podria no estar de acuerdo con este requerimiento de restriccion de informacion si considera que es para su beneficio dar a conocer esta informacion y en casos de emergencia. Usted tiene derecho a elegir otro doctor.

Usted tiene derecho a conocer su estado de salud y obtener una copia de su informacion de salud. Ademas usted tiene derecho a saber quien obtuvo su informacion de salud y para que fines va ser usada esa informacion. Usted tiene derecho a obtener una copia de esta declaracion. Nosotros nos reservamos el derecho a hacer cambios en esta declaracion y mantener la confidencialidad de toda la informacion de salud.

QUEJAS:

Si usted tiene alguna queja se puede dirigir a nuestro oficial, Dr. Pedro Penalo, o la secretaria de salud y derechos humanos. Favor de dirigir sus quejas a:

ATTN: Oficial De Privacidad
Weslaco Medical Clinic
906 S. Bridge Ave.
Weslaco, TX 78596

Todas las quejas seran investigadas. No se tomaran represalias alguna por las quejas. Si tiene alguna pregunta favor de contactar al oficial de privacidad (956)447-8600.

Firma

Testigo

Date