

NKDHC, LLC
Recibo de Paciente del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo reconozco que se me ha presentado con una copia de Aviso de las Prácticas de Privacidad de Los Centros de Riñones e Hipertensión de Arizona:

- Me dice como NKDHC usará mi información de salud a los efectos de mi tratamiento, pago de mi tratamiento, y operaciones de atención médica de NKDHC.
- El Aviso explica con más detalle como NKDHC puede usar y compartir mi información de salud para razones fuera de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- NKDHC también usará y compartirá mi información de salud como lo requiere / sea permitido por la ley.
- NKDHC también puede cambiar mi información de salud para fines de tratamiento al participar en Intercambios de Información de Salud (HIE).

Nombre del Paciente o Representante Legal

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Documentación del Esfuerzo de Buena Fe para Obtener Reconocimiento de Recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Será terminado por el miembro del personal NKDHC cuando el reconocimiento del paciente no se puede obtener.

El paciente presentó a la oficina y se le proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de NKDHC. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener del paciente o del representante del paciente, en su caso, un reconocimiento por escrito de su recepción de la notificación. Sin embargo, tal reconocimiento no se obtuvo debido a que:

Paciente se negó a firmar. Representante del paciente se negó a firmar. Paciente no puede firmar o inicial debido a que:

Nombre del Empleado (a) Impreso

Firma del Empleado (a)

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Esta oficina es requerida por regulación federal, conocida como la Regla de Privacidad HIPAA, para mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Esta oficina no va a usar o revelar su información de salud, excepto como se describe en este aviso.

Esta oficina está permitida por leyes federales de privacidad para usos y divulgaciones de su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención. Información de salud protegida es la información que creamos y obtenemos en la prestación de nuestros servicios. La información sobre su salud está documentada en un registro de salud o en la computadora. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, historial médico, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, y la solicitud de atención o tratamiento futuro. También incluye documentos de facturación de dichos servicios.

Los ejemplos de los usos de su información de salud para fines de tratamiento son:

- Una enfermera o asistente médico obtiene información sobre el tratamiento de usted y lo registra en un registro de la salud.
- Durante el curso de su tratamiento, el médico determina lo que tendrá que consultar con otro especialista en el área. Él/ella compartirá la información con tal especialista y obtener su opinión.

Ejemplos de uso de su información de salud para fines de pago:

- Sometemos las solicitudes de pago a su compañía de seguro médico. La compañía de seguro médico (u otro socio de negocios para ayudar a obtener el pago) solicita información sobre la salud de nuestra parte con respecto a la atención médica prestada. Vamos a proporcionar la información solicitada acerca de usted y de la atención médica que reciba, lo que puede incluir copias o extractos de sus registros médicos que sean necesarios para el pago de nuestra cuenta. Por ejemplo, una factura enviada a su compañía de seguro de salud puede incluir información que identifique a su diagnóstico, así como los procedimientos y materiales utilizados.

Ejemplos de uso de su información de salud para operaciones de cuidado de salud:

- Obtenemos servicios de nuestros aseguradores y otros socios comerciales (un individuo o entidad, en contacto con nosotros para realizar o colaborar con nosotros en una función o actividad que requiere el uso o la divulgación de información o la salud) como la evaluación de la calidad, la mejora de la calidad, evaluación de resultados, protocolo y desarrollo clínico de directrices, programa de capacitación, acreditación, la transcripción médica, revisión médica, servicios legales y seguros. Vamos a compartir información sobre su salud con nuestras aseguradoras u otros negocios asociados como sea necesario para obtener estos servicios. Exigimos a nuestros aseguradores y otros socios comerciales para proteger la confidencialidad de su información de salud.

NKDHC, LLC.

Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

Sus Derechos de Información

La salud y los registros de facturación que mantenemos son propiedad física de nuestra oficina.

Usted tiene derecho a:

1. **Recibir la Notificación de nuestras prácticas de privacidad (la Notificación) que le indica cómo puede utilizar su información de salud y compartida.** En la mayoría de los casos, este aviso debe estar disponible para usted en su primera visita, y usted puede pedir una copia de la misma en cualquier momento.
2. **Revisar y obtener una copia de sus expedientes médicos.** Usted puede pedir ver y obtener una copia de su información de salud protegida (PHI). Podemos negar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia de su PHI en ciertas circunstancias limitadas. Usted tiene el derecho de apelar la negación.
3. **Modificar la información de su salud.** Usted puede solicitar que se corrija cualquier PHI incorrecta o incompleta que mantenemos sobre usted. Por ejemplo, si los dos de acuerdo en que el archivo tiene el resultado de la prueba mal, lo cambiaremos. En algunos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda tiene el derecho a estar en desacuerdo con nuestra decisión.
4. **Autorizar la divulgación de su PHI.** En general, la información sobre su salud no se le dará a su empleador, utilizada o compartida para cosas como las llamadas o el marketing de ventas, o utilizado o compartido para muchos otros propósitos menos que usted de su permiso al firmar un formulario de autorización.
5. **Solicite un informe sobre la forma en que divulgamos su información médica.** En virtud de la ley, su información médica puede ser utilizada y compartida por razones particulares. Usted puede solicitar una lista de todas las revelaciones no autorizadas y con quien ha sido compartida su información de salud.
6. **Solicitar ser contactado en una dirección diferente o de una manera diferente que nos comuniquemos con usted ahora.** Usted tiene derecho a pedirnos que nos pongamos en contacto con usted acerca de su PHI a una dirección diferente o de una manera diferente que nos comuniquemos con usted ahora. Por ejemplo, puede hacer que la enfermera llame a su oficina en lugar de su hogar.
7. **Solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de PHI.** Usted puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud de restricciones adicionales. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso o divulgación de su PHI a un plan de salud que usted (o cualquier otra persona que no sea usted o el plan de salud) paga por el tratamiento de su bolsillo y en su totalidad.
8. **Solicite información adicional o presente quejas.** Si usted cree que su información médica se utiliza o comparte de una manera que no está permitido por la ley de privacidad, o si no fuimos capaces de ejercer sus derechos, puede presentar una queja con nosotros o con el gobierno de los EE.UU... Este aviso le informa con quien hablar y como presentar una queja.

Le pedimos que **haga ejercicio de sus derechos por escrito.** Ofrecemos formularios y plantillas para ayudarle a ejercitar sus derechos de privacidad y para ayudar a proteger su información médica.

Nuestro personal de recepción le hará estas formas a su disposición cuando usted lo solicite.

NKDHC, LLC.

Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

Nuestras Responsabilidades

Esta oficina tiene la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información de salud como lo requiere la ley.
- El consumidor recibe un aviso (este documento) de nuestros deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos dar cabida a una restricción solicitada.
- Acomodar las solicitudes razonables respecto a los métodos para comunicar información de salud con usted.
- Notificarle si se ha producido un incumplimiento sin garantía de su información de salud protegida.
- Si bien podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos le dará la opción de optar por no recibir este tipo de comunicaciones.

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar o eliminar las disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y evaluar las prácticas de promulgar nuevas disposiciones relativas a la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, nosotros modificaremos nuestro Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia revisada del Aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "Aviso" o visitando nuestra oficina y solicitar una copia.

Para Solicitar Información o Presentar Una Queja

Si tiene alguna pregunta, desea información adicional, quiere informar de un problema con respecto al manejo de su información o si usted cree que sus derechos han sido violados y desea presentar una queja por escrito a nuestra oficina, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad HIPAA de NKDHC al 602-997-0484 o 3003N. Central Ave., Suite 400, Phoenix, AZ 85012. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS).

- No podemos, y no haremos, requerir que usted renuncie a derechos en virtud de la Regla de Privacidad, incluyendo el derecho a presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición para recibir tratamiento en la oficina.
- No podemos, y no haremos, tomar represalias en su contra por el llenado de una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

Otras Revelaciones y Usos Que Podemos Hacer Sin Su Autorización

1. Hay algunos servicios proporcionados por nosotros a través de contratos con socios de negocios, por ejemplo, facturación, programación o servicios de transcripción. Cuando estos servicios requieren el acceso a su PHI vamos a revelar solamente la información mínima necesaria, por lo que los contratistas puedan realizar su trabajo. Para proteger su PHI necesitamos socios comerciales para salvaguardar la PHI adecuadamente
2. Para cumplir con la ley, podemos compartir su información médica para cumplir con los procedimientos legales, o en respuesta a una orden judicial valida o una orden administrativa o citación.
3. Por otras razones. Algunos ejemplos son:
 - i. Podemos revelar su PHI para apoyar la aplicación de la ley (por ejemplo, la autoridad del gobierno, tales como la policía, los servicios sociales) para proteger la salud y la seguridad (por ejemplo, víctimas de abusos, violencia domestica) de alguien;
 - ii. Nosotros usaremos nuestro criterio profesional y podemos compartir información con un familiar amigo o pariente para ayudarle a obtener o pagar por su atención médica;
 - iii. Podemos compartir su PHI para notificar a un familiar, pariente, representante personal u otra persona responsable de su cuidado acerca de su estado general y ubicación;
 - iv. Así que un representante personal que usted designe o un tribunal designa para usted puede ayudarle a obtener beneficios para la salud;
 - v. Para apoyar la investigación, siempre y cuando la privacidad y seguridad de su PHI está garantizada;
 - vi. Así que un médico forense puede identificar a una persona fallecida o la causa de muerte o por lo que un director de una funeraria puede organizar el entierro;
 - vii. Apoyar, en circunstancias limitadas, una organización de obtención de órganos;
 - viii. Para protegerse contra una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de otros;
 - ix. Apoyar una agencia gubernamental que supervise los programas de atención de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y medicamentos (FDA) para permitir las investigaciones, los retiros o sustituciones de medicamentos / productos;
 - x. Podemos divulgar a su PHI según lo autorice o sea necesario para cumplir con las leyes de compensación del trabajador u otros programas similares;
 - xi. Por razones de seguridad nacionales legítimos, incluyendo actividades de seguridad nacional o inteligencia;
 - xii. Por razones de salud pública para prevenir o controlar la enfermedad; y
 - xiii. Para fines militares, si usted es un miembro de las fuerzas armadas.

Obtendremos su autorización escrita antes de utilizar o divulgar su PHI para fines distintos de los descritos en este aviso o según lo permitido por la ley. Usted podrá revocar esta autorización en cualquier momento.