

? f]g]h]b]U]Gc[c]V]c]Ž]A]'8]
Obstetrics & Gynecology
360 E. Yosemite Avenue, Suite 300
Merced, CA 95348
Telephone: (209)723-6624 Fax: (209)723-3877

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para asegurar que la información personal de la salud sea protegida y privada. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para ciertos proveedores de servicios de salud, y obtener el consentimiento de la paciente para usos y revelaciones de información sobre la salud acerca de -la paciente, para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o la asistencia médica.

Como nuestra paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger la privacidad. Nos esforzamos por siempre tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es conveniente y es necesario, proporcionamos la información mínima necesaria, sólo para aquellos que creemos que necesitan de su atención médica. También daremos información sobre operaciones de tratamiento, pago o la asistencia médica, a fin de prestar atención de salud que está en su mejor interés.

También queremos que sea entendido que podemos tener relaciones de tratamiento indirecta con usted (tales como laboratorios, radiología y patología) que sólo interactúan con médicos y no los pacientes, y tengamos que revelar información personal de salud, para efectos del tratamiento, pago, y las operaciones de los servicios de la salud. No es necesario que estas entidades obtengan el consentimiento de la paciente.

Usted puede negarse a consentimiento al uso de la divulgación de su información personal de salud (PHI), pero tiene que ser por escrito. Bajo la ley efectiva el 14 de Abril de 2003, tenemos el derecho de negar el tratamiento si decide elegir rechazar la divulgación de su (PHI). Si elige a dar su consentimiento en este documento, en algún momento en el futuro, puede solicitar o rechazar todo o parte de su (PHI). Usted no podrá revocar las acciones que ya se han adoptado que dependían de esto o un consentimiento firmado previamente.

Si tienes alguna objeción a esta forma, por favor pida hablar con nuestro oficial de cumplimiento de HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, y solicitar restricciones o revocar el consentimiento en escrito después de que se ha revisado nuestra política de privacidad.

Imprima su nombre: _____

Firma: _____ Fecha _____ 20 _____

(Si la paciente tiene menos de 18 años de edad, sus padres o guardian deben firmar).
(Esta política se vensera diez anos despues de la fecha en que fue firmada).