

Rehabilitation Institute of Washington, PLLC

LA NOTA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Este folleto describe como seu informacion medica puede ser usada y revelada, y como usted puede adquirir acceso a esta informacion.

Por favor lea detenidamente.

EL PROPOSITO DE DECLARACION DE RIW

El acto de seguro medico (The Healthcare Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA) requiere que RIW mantenga privacidad de informacion con respecto a cada individuo (Protected Health Informacion-PHI), y para proporcionar a los pacientes con informacion de sus practicas legales y deberes privado con respecto a PHI. Lo siguiente define las practicas privadas de RIW.

NUESTRO DEBER ES GUARDAR Y PROTEGER SU INFORMACION DE SALUD

La informacion individualmente identificable con respecto a su salud o condicion en pasado, presente, o futuro, la provision del cuidado de salud se considera "informacion Protegida de Salud"(PHI). Somos requeridos a extender ciertas protecciones a su PHI, Y para darle esta Notificacion acerca de nuestras practicas de la privacidad que explican como, cuando y por que nosotros podemos usar o podemos revelar su PHI. Menos en circunstancias especificas, nosotros debemos usar o debemos revelar solo el PHI necesario minimo para alcanzar el proposito destinado del uso o la revelacion.

Somos requeridos a seguir la practica privada escrita en esta Notificacion aunque reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas privadas y los terminos de la notificacion en cualquier momento.

Usted puede solicitar una copia de la nueva Notificacion en Rehabilitation Institute of Washington.

COMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Usamos y revelamos la Informacion Protegida de Salud (PHI) por una variedad de razones. Tenemos un derecho limitado para usar y/o revelar su PHI para propósitos del tratamiento, el pago y para nuestras operaciones relacionado con el cuidado de salud. Para usos mas alla de eso nosotros debemos tener su autorizacion por escrito a menos que los permisos de la ley requieran hacer el uso de revelacion sin su autorizacion. Si revelamos su PHI a una entidad exterior en orden de que esa entidad nos ayude a realizar una funcion en nuestro beneficio, nosotros debemos tener en el lugar y el acuerdo de la entidad exterior que lo extendera al mismo grado de la proteccion de la informacion privada que debemos aplicar a su PHI. Sin embargo, la ley nos permite hacer algunos usos/o revelaciones sin su consentimiento o autorizacion. El siguiente describe y ofrece los ejemplos de nuestros usos potenciales/ las revelaciones en su PHI.

LOS USOS Y REVELACIONES QUE ESTAN RELACIONADOS AL TRATAMIENTO Y LOS OPERACIONES DE PAGO O EL CUIDADO DE SALUD.

Generalmente, podemos usar y revelar su PHI de esta manera:

Para el tratamiento: Nosotros les podemos revelar su PHI a doctores, a los enfermeros y a otro personal del cuidado de salud que son implicados a proporcionar asistencia sanitaria. Por ejemplo, su PHI se compartira entre miembros del equipo de cuidado de salud.

Para obtener pago: Podemos usar y/o revelar su PHI para facturar y reunir el pago para su servicio de cuidado de salud. Por ejemplo, nosotros podemos avisar a su patron para verificar el empleo y la posicion, y/o asegurador privado para obtener el pago por los servicios proporcionados a usted. Podemos dar la informacion a agencias de coleccion para el proposito de pago.

Para operaciones de cuidado de salud: Podemos usar y/o revelar su PHI en el caso de operacion en nuestro centro. Por ejemplo, nosotros podemos usar su PHI para evaluar la calidad del servicio proporcionado, o revelacion de su PHI a nuestro contador o abogado con propósitos de revision.

Los recordatorios de la cita: A menos que usted nos proporcione con instrucciones de otras alternativas, nosotros

podemos mandar los recordatorios de su cita y otros materiales semejantes a su hogar.

LA REVELACION DE PHI

RIW no revela informacion de salud de ningun Individuo a ninguna organizacion o Individuo, con excepcion del proposito de tratamiento, el pago y/o operaciones de cuidado de salud. Tal como:

--Avisar el Individuo para proporcionar los recordatorios de la cita, informacion relacionada con el tratamiento, o las alternativas del tratamiento u otros beneficios y servicio que puede ser de su interes.

--La revelacion al medico que refirio al paciente o al grupo de medicos para propositos del tratamiento.

--La revelacion a un plan medico, Seguro Medico Global, o a un emisor del plan medico para el proposito de pago y colecciones.

LOS USOS Y LAS REVELACIONES DE RIW QUE SON REQUERIDOS PARA AUTORIZACION

Para usos y revelaciones mas alla del tratamiento, propositos de pago y operaciones nosotros no somos requeridos a tener su autorizacion por escrito, a menos que el uso o la revelacion entre en una de las excepciones descritas abajo. Las autorizaciones se pueden revocar en cualquier momento para parar los usos futuros/ excepto en situaciones que llegan hasta el punto que pueden haber emprendido ya una accion en la que sea necesitada para su autorizacion.

LOS USOS Y LAS REVELACIONES DE PHI NO REQUIRIENDO EL CONSENTIMIENTO O AUTORIZACION

La ley provee con tal de que podamos usar/revelar su PHI de registros sin el consentimiento o la autorizacion en las circunstancias siguientes:

Cuando requerido por la ley: Podemmos revelar PHI cuando una ley requiere que reportemos informacion relacionada a una sospecha de abuso, a descuido/negligencia, a la violencia domestica, o situaciones relacionadas a la sospecha de actividad criminal, o en caso de respuesta a una orden del tribunal. Debeos revelar tambien PHI a autoridades que controlan la conformidad de los requisitos de esta privacidad.

Para actividades de salud publica: Podemos revelar PHI cuando somos requeridos a reunir informacion relacionada a una enfermedad o herida, o para informar la estadistica esencial para la autoridad de salud publica.

Para actividades de descuido de salud: Podemos revelar PHI a nuestra oficina corporativa, a la agencia de la proteccion y el apoyo, o a otra agencia responsable de contrilar el sistema de asistencia de salud para tales propositos como informar o investigacion de incidentes excepcionales, y de controlar el programa de seguro medico (medicaid).

Relacionar a finados: Podemos revelar PHI relacionado a una muerte a pesquisadores(coroner), directores medicos encargados de los analisis o funeral, y a organizaciones de adquisicion de organo que relacionan el organo, ojos, o los donativos del tejido o transplantas.

Para apartar la amenaza de salud o la seguridad: Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, nosotros podemos revelar PHI como sea necesario a la aplicacion de la ley u otras personas que pueden prevenir razonablemente o pueden disminuir la amenaza del dano.

Para la funcion especifica del gobierno: Podemos revelar PHI del personal y veteranos militares en ciertas situaciones, a facilidades de correccional/penitenciaria/carcel en ciertas situaciones, a programas de beneficios de gobierno que relacionan a la elegibilidad y la matriculacion, y para razones nacionales de seguridad, tal como protecciones del presidente.

LA NORMA

Las unicas excepciones de la revelacon son esos sancionados bajo las regulaciones de HIPAA que incluyen, pero no es limitado a:

--Un individuo(s) representante personal:por ejemplo, padre de un menor o guardian.

--Como requerido por la Direccion de Alimentos y Drogas de os E.E.U.U.(FDA) o el gobierno especializado funciona la seguridad nacional, o los deberes de pena de prision de aplicacion de ley.

--Para la judicial y la aplicacion de la ley; tal como, una orden del tribunal o una citacion, localizando o identificando a sospechosos criminales y dar informacion pertinente acerca de victimas del crimen.

--Para lo judicial y la aplicacion de la ley; tal como, una orden del tribunal o una citacion, localizando o identificando a sospechosos criminales y dar informacion pertinente acerca de victimas de crimen.

--Para un individuo finado, la revelacion al ejecutor de la propiedad del individuo, y el administrador u otra persona autorizada para seguir los beneficios del difunto, o aun pesquisador (coroner) o el medico encargado de los analisis para encontrar el proposito de identificacion, o causa determinante de muerte.

--Por las excepciones mencionadas aqui, RIW no requiere obtener la autorizacion del individuo. RIW, sin embargo, verifica la identidad y la autoridad de la persona con acceso que solicita la informacion del individuo PHI. Ademas, RIW documenta la revelacion, inclusive la fecha de la revelacion, y el metodo de comprobacion de identidad o autoridad, la razon y la informacion reveladas.

--Un individuo puede solicitar que PHI sea dado a un tercer designado, El individuo debe completar y debe firmar la Liberacion de la autorizacion de PHI (que se puede conseguir en la recepcion de RIW, designando a la tercera persona y la direccion donde su informacion debe ser mandada.(es posible que cargos sean aplicados por duplicacion).

--Por cualquier revelacion, RIW utiliza los esfuerzos razonables de solo proporciona la informacion minima necesaria para alcanzar el proposito destiando del uso.

LOS USOS Y REVELACIONES REQUERIENDO QUE SE LE DA LA OPORTUNIDAD USTED DE OponERSE

En las situaciones siguientes, nosotros podemos revelar una cantidad limitada de su PHI si nosotros le informamos en avanzado sobre la revelacion y usted no se opone, despues que la revelacion no sea prohibida por la ley.

Las guias pacientes: Su nombre, su estado, y su condicion general se pueden poner en nuestra guia paciente para revelaciones a personas que llaman o visitantes que piden su nombre. Adicionalmente, su afiliacion religiosa puede ser compartida con el clero.

A la familia, los amigos o lo otros implicados en nuestro cuidado: podemos compartir su informacion con gente directamente relacionada con el involucramiento en su cuidado, o en el pago para su cuidado. Podemos compartir tambien PHI con esta gente para notificarlos acerca de su estado, su condicion o la muerte.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD (PHI).

Usted tiene los derechos siguientes relacionados con su (PHI) Informacion Protegida de Salud:

Para solicitar las restricciones de usos y las revelaciones: Usted tiene el derecho de pedir que limitemos como utilizamos o revelamos su PHI. Consideramos su pedido, pero no somos legalmente atados a concordar a la restriccion. Hasta el punto de que concordamos a cualquier restriccion en nuestro uso y la revelacion de su PHI, y nosotros pondremos el acuerdo por escrito y lo respetaremos con excepcion en situaciones de emergencia. Nosotros no podemos concordar en limitar los usos o las revelacion que son requeridad por la ley.

Para escoger como nosotros lo contactamos: Usted tiene el derecho de pedir que nosotros le mandemos informacion a una direccion alterna o por medios alternos. Debemos concordar a sus pedido despues que sean razonablemente facil para nosotros hacer.

Para inspeccionar y solicitar copias de su PHI: A menos que su acceso a sus registros sean restringidos por claras y documentadas razones de tratamiento, usted tiene derecho de ver su informacion protegida de salud despues que su pedido sea por escrito. Responderemos a su pedio dentro de 30 dias. Si negamos su acceso, nosotros le daremos razones escritas por la negacion y explicaremos porque su pedido fue negado. Si usted quiere copias de su PHI, un cargo para copiar se puede imponer, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene derecho de escoger que porciones de su informacion usted quiere copiadas y debe recibir informacion de cuanto es el costo de copias.

Para solicitar la enmienda de su PHI: Si usted cree que hay un error o informacion perdida en nuestro registro de su PHI, usted puede solicitar, por escrito, que sea corregida o anadida al registro. Responderemos su pedido dentro de 60 dias de haber recibido su pedido. Podemos negar el pedido si determinamos que el PHI es (1)correcto y completo, (2) no creado por nosotros y/o no parte de nuestros registros, ni (3) no permitido ser revelado. Cualquier negacion indicara la razon por la negacion y explicara sus derechos de tener el pedido y la negacion, junto con cualquier respuesta que usted proporcione, todo sera anadido a su PHI. Si aprobamos el pedido para la enmienda,

nosotros cambiaremos el PHI y le informaremos a usted y a todos los otros que necesiten saber sobre el cambio en su PHI.

Para averiguar que revelaciones se han hecho: Usted tiene derecho de obtener una lista de cuando, a quien, para que proposito, y para que contenido se PHI se ha dado de otra forma que no sea para casos de revelacion del: Para el tratamiento, para el pago, y para las operaciones; a usted, a su familia, o a la guia de la facilidad; o segun su autorizacion por escrito. Esta lista no se incluire en ninguna revelacion causo o propocito nacionales de seguridad, a oficiales de la ley, ni a las revelaciones hechas antes de abril 2003. Responderemos a su pedido por escrito dentro de 60 dias de recibido. Su pedido puede estar relacionado con revelaciones de seis anos atras. Puede haber un costo por pedidos mas frecuentes.

USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR ESTA NOTIFICACION

Usted tine el derecho de recibir una copia de esta Notificacion o por correo electronico si es pedida.

LA PERSONA DE CONTACTO PARA INFORMACION O PARA SOMETER UNA QUEJA

REHABILITATION INSTITUTE OF WASHINGTON
(206) 859-5030

No Venganza: Si un individuo cree que sus derechos de la privacidad se han violado, el Induviduo puede quejarse a RIW y al Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humano, sin el temor a venganza de la organizacion.

La fecha de vigencia y la enmienda para advertir: Esta Notificacion es efectiva 04-14-03. RIW reserva el derecho de cambiar los terminos de esta notificacion. En el caso que la Nota se cambiara, usted sera notificado por correo.

Notice of Privacy Practices Acknowledgment / Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Rehabilitation Institute of Washington, PLLC has a responsibility to protect the privacy of your health care information and to provide a Notice of Privacy Practices that describes how your health care information may be used and disclosed, how you can access your health care information, and whom to contact if you have questions, concerns, or complaints.

El Instituto de Rehabilitación de Washington, PLLC tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información de atención médica y de proporcionar un Aviso de Prácticas de Privacidad que describa cómo su información de atención médica puede ser utilizada y divulgada, cómo puede acceder a su información de atención médica, y a quién contactar si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

We may change the Notice of Privacy Practices at any time, and you may contact Privacy Officer at (206) 859-5030 to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices or to ask questions.

Podemos cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, y puede comunicarse con el Oficial de Privacidad al (206) 859-5030 para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad o para hacer preguntas.

By my signature below, I agree that I have received the Notice of Privacy Practices of Rehabilitation Institute of Washington, PLLC.

Por mi firma a continuación, acepto que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Instituto de Rehabilitación de Washington, PLLC.

Nombre impreso de patient/Printed name of patient

Firma individual del paciente o legalmente autorizada/
Patient or legally authorized individual's signature

Fecha /Date

Hora/Time

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente/
Printed name if signed on behalf of the patient

Relacion (padre, tutor legal, representante personal)/
Relationship (parent, legal guardian, personal representative)

Este formulario se conservará en su expediente médico/ This form will be retained in your medical record

For Office Use Only

Office staff complete below:

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to obtain it for the reason(s) listed below:

Date: _____

Staff member initials: _____

Reasons:
