

AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. se compromete en proteger su Información Protegida de Salud (IPS). Tenemos la obligación de informarle a usted sobre los derechos suyos y la manera en la cual están relacionados con su IPS y la divulgación de esta información a otros, las limitaciones que se pueden poner en la divulgación de su IPS y su derecho a revisar sus propios archivos médicos.

Su IPS puede utilizarse para llevar a cabo el tratamiento para su padecimiento médico, para intentar a obtener un pago para cuidado provisto por este consultorio, o para llevar a cabo otras actividades de cuidados de salud de parte suya.

Se puede divulgar su IPS para proveer, coordinar o, de alguna otra manera, manejar el cuidado de su salud. Los que pueden estar involucrados en su cuidado incluyen los médicos, las enfermeras, asistentes médicos, y el personal administrativo de Dallas Women's Healthcare Specialists. Puede que se incluyan también personal del laboratorio u otros médicos o personas que trabajan en cuidados médicos a los cuales a usted le pueden mandar para evaluación más profunda y tratamiento.

Su IPS se puede utilizar para obtener el pago para los servicios que se le han dado en el Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. Además su IPS puede divulgarse a su compañía de seguro en el proceso de aprobar servicios médicos programados o servicios que ya se han llevado a cabo.

Su IPS puede usarse en las operaciones de las actividades rutinarias llevadas a cabo en el Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C.. Al igual, su IPS puede usarse en el entrenamiento de otros médicos o aliadas personas que trabajan en el cuidado de salud, en la evaluación del desempeño de los empleados y las prácticas en el consultorio. Puede que, con su nombre, le llamemos al consultorio del médico o que pidamos que firme su nombre en una lista de pacientes que se han presentado. Puede que nos pongamos en contacto con usted por teléfono o dejemos mensajes apropiados en su correo de voz o en su máquina contestadora.

No necesitamos su permiso para divulgar información si es que existe una necesidad legal que proveamos la información. Los ejemplos incluyen sin limitarse a cuestiones de salud pública, cuestiones de abuso y negligencia, requerimientos de la Food and Drug Administration, procedimientos legales, descuido de salud, descuido de enfermedades transmisibles, asuntos de policía, o a petición del Department of Health and Human Services.

Otras divulgaciones de su ISP se harán solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar o limitar su autorización en cualquier momento con tal que esta limitación se provee por escrito. Usted no puede revocar ninguna divulgación que ha tomado lugar antes de que recibiéramos su revocación o limitación de divulgación por escrito.

Sus derechos con respecto a su ISP incluyen su derecho a recibir esta noticia por escrito o por facsimile. Usted puede recibir otras comunicaciones confidenciales de este consultorio si una solicitud por escrito ha sido recibida por Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. Usted puede revisar sus archivos médicos a una hora mutuamente aceptable dentro de la instalación de Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. Tal revisión puede cobrarse como consulta médica y, puede que se le cobre una cantidad aceptable para las copias, el labor, franqueo, y los artículos que se usan para cumplir con su pedido.

Usted tiene el derecho a pedir que se le haga una enmienda a sus archivos. Tiene usted que someter su pedido por escrito. Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. no tiene la obligación de enmendar la ISP. Usted puede registrar una declaración de desacuerdo en el caso de que su solicitud para enmendar se desapruebe. Nosotros podemos responder con una refutación y proveerle una copia de ésta.

Usted tiene el derecho a ponerle una restricción a su ISP. Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. no tiene la obligación de aceptar esta restricción. Usted puede restringir cualquier parte o su ISP entera o, usted puede restringir o permitir la divulgación de su ISP a familiares o amistades que pueden estar involucradas en su cuidado. Estas restricciones tienen que ser específicas y tienen que ser por escrito. Si su proveedor opina que la restricción de su ISP no le conviene, entonces Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. no tiene que aceptar sus restricciones, y usted puede buscar otro proveedor si a usted le parece. Puede que Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. provea ISP para tratamiento urgente o tal como la ley exija, a pesar de cualquier restricción que se haya puesto previamente.

Si Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C. divulga ISP por cualquier motivo que no sea tratamiento, pago, u operaciones, usted tiene el derecho a que le den cuentas de tales divulgaciones. Puede que su oficial de privacidad de ISP le notifique sobre cualquier cambio a esta noticia. Entonces, usted tiene el derecho de aceptar estos cambios o retirar su acuerdo con respecto a este aviso.

Usted tiene el derecho a recibir, revisar, y dar consentimiento a esta noticia antes de verse o tratarse. Si en cualquier momento usted opina que sus derechos a la privacidad han sido violados o comprometidos, usted debe de someter una queja por escrito a Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C.. O bien, usted puede ponerse en contacto con el Secretary for Health and Human Services.

Para cualquier pregunta que usted tenga acerca de este aviso, por favor, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad de ISP, Lucy Hairston, M.D., en el Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C.; 5959 Harry Hines Blvd., Suite 708; Dallas, TX 75235; 214-879-8585; Facsimile 214-879-8583.

Recibo del Aviso de Privacidad de Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C.

Yo, _____ acuso recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad de

Dallas Women's Healthcare Specialists, P.L.L.C.. Yo entiendo que este aviso describe mis derechos y la manera en la cual están relacionados con mi Información Protegida de Salud.

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha