

PHYSICAL THERAPY & HAND CENTERS, INC.

INFORME SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Este informe describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada o revelada y de cómo usted puede tener acceso a la información. Favor de revisarlo cuidadosamente.

OBLIGACIONES LEGALES DE PHYSICAL THERAPY & HAND CENTERS, INC. - (PTHC)

Por ley es requerido que Physical Therapy & Hand Centers, Inc. proteja la privacidad de la información de su salud, proveer este informe sobre nuestro uso de la información y seguir el uso de la información descrito aquí.

USOS Y REVELACIONES DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

PTHC usa su información de salud personal principalmente para tratamiento; obteniendo un pago por tratamiento; conduciendo actividades administrativas internas y evaluando la calidad del cuidado que proveemos. Por ejemplo, PTHC puede utilizar su información personal de salud en contacto con usted para recordarle sus citas, o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que podrían ser de interés para usted.

PTHC también puede usar o divulgar su información personal sin autorización previa con fines de salud pública, a efectos de auditoría, para estudios de investigación, y en caso de emergencia. También proporcionamos información cuando es requerido por la ley.

En alguna otra situación, la política de PTHC es la de obtener la autorización por escrito de usted antes de revelar su información de salud personal. Si usted nos provee de una autorización por escrito para liberar su información por cualquier razón, usted puede posteriormente revocar la autorización para detener futuras revelaciones en cualquier momento.

PTHC puede cambiar su política en cualquier momento. Cuando se realicen cambios, un nuevo Informe sobre el Uso de la Información será situado en la sala de espera y en las áreas de examen del paciente y se le darán en su próxima visita. Usted puede incluso solicitar una copia actualizada de nuestro Informe sobre el Uso de la Información en cualquier momento.

DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar u obtener una copia de la información de su salud personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija cualquier información errónea o incompleta en su registro. Usted también tiene el derecho de solicitar una lista de instancias en donde hayamos revelado la información de su salud personal para otros fines diferentes a tratamiento, pago u otros propósitos administrativos relacionados.

Usted también puede solicitar por escrito que no usemos o revelemos la información de su salud personal para tratamiento, pago y propósitos administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando sea por ley solicitado o en circunstancias de emergencia. Physical Therapy & Hand Centers, Inc. considerará las solicitudes caso por caso, pero el consultorio no está requerido legalmente de aceptarlos.

INQUIETUDES Y QUEJAS

Si usted está preocupado de que PTHC pueda haber violado sus derechos de privacidad o si usted difiere con alguna decisión que hemos tomado respecto al acceso o revelación de la información de su salud personal, por favor contacte a nuestro administrador de oficina en la dirección citada abajo. Usted también puede enviar una queja por escrito al Department of Health and Services Humanos de Estados Unidos. Para mayores informes sobre el uso de la información sobre la salud de Physical Therapy & Hand Centers, Inc., o si usted tiene un queja, por favor contacte a la persona siguiente:

**Physical Therapy & Hand Centers, Inc.
Cecile Fessenden, Administrador de HIPAA,
600 S. Andreasen Drive, Ste. C
Escondido, CA 92029
Tel.: (760) 591-7750 Ext. 237, (760) 294-9813 Fax**

Revisado Abril 14, 2004

Physical Therapy & Hand Centers, Inc.
600 S. Andreasen Drive, Ste. C
Escondido, CA 92029
Tel.: (760) 591-7750
Fax: (760) 471-5139

FORMA DEL RECONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información. Entiendo que Physical Therapy & Hand Centers, Inc. puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que Physical Therapy & Hand Centers, Inc. considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción.

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de Physical Therapy and Hand Centers, Inc. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha