

Notificación de resumen de prácticas de privacidad HIPPA

Esta notificación describe cómo Lyon Martin Health Services (LMHS) podría utilizar y compartir información médica acerca de Usted, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente esta notificación.**

Promesa solemne: Los empleados de LMHS sus afiliados y proveedores de contrato entienden que la información sobre usted y su salud es personal. Ellos están comprometidos a proteger su información de salud.

Quién seguirá las reglas en este aviso: Los empleados de LMHS, sus afiliados y proveedores de contrato, deben seguir estas reglas.

Usted tiene el derecho a: (por favor consulte las posibles excepciones en el Aviso completo disponible)

- Pedir ver, leer y/u obtener una copia de su expediente médico (cargos pueden ser necesarios). –
- Pedir correcciones de información que usted crea esté incorrecta en su expediente médico.
- Pedir que su información de salud no sea compartida con ciertos individuos.
- Pedir que su información de salud no sea utilizada para ciertos propósitos; por ejemplo, investigaciones.
- Pedir que LMHS envíe copias de su expediente médico a quien Usted quiera (cargos pueden ser necesarios).
- Ser informado acerca de quién ha leído su expediente (por motivos que no sean la mejora del tratamiento, el pago y el programa).
- Especificar dónde y cómo los empleados de LMHS pueden ponerse en contacto con usted.
- Recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de LMHS (disponible en la sala de espera).

Lyon-Martin puede utilizar y divulgar su información de salud a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica,

- Para mejorar la calidad de atención que Usted recibe, información de salud puede ser compartida por proveedores, tanto dentro LMHS para nuestros propios propósitos de tratamiento, y para informar el tratamiento que usted recibe de otro proveedor de atención de la salud. Esto puede incluir compartir información de salud con respecto a la salud mental, abuso de sustancias, el VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS), y discapacidades del desarrollo.
- Información de salud puede ser compartida para obtener el pago por los servicios que sean proporcionados a Usted, para ayudarle a pagar por su cuidado, o para obtener autorización previa para tratamiento.
- Información de salud puede ser compartida para las operaciones del centro de salud, como para funcionar nuestras instalaciones, asegurarnos de que todos los pacientes del centro de salud reciban atención de calidad, mejorar la prestación de servicios de salud, y para fines de aprendizaje.
- Hay circunstancias en que la información sobre su salud no será compartida a menos que usted primero de su permiso para que sea compartida: por ejemplo, cuando usted recibe servicios de salud mental, abuso de sustancias, o enfermedades de transmisión sexual, o para algunos fines de investigación.
- Consulte el documento adjunto "Aviso de prácticas de privacidad" para obtener más información. Si usted tiene preocupaciones acerca de cómo su información de salud podría ser (o ha sido) compartida, por favor hable con su proveedor o llame al Oficial de Privacidad directamente al 415 901-7108.

Si usted cree sus derechos de privacidad NO han sido mantenidos al recibir servicios de LMHS, usted puede presentar una queja ante LMHS, o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Para presentar una queja ante LMHS, envíe la queja al Oficial de Privacidad al 1563 Mission st, 4th Floor, San Francisco CA 94103, o llame al 415 565-7667. Para presentar una queja ante la Secretaría, la dirección es U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm. 322, San Francisco Ca 94102. Usted no será penalizado de ninguna manera por llenar una queja.

Reconozco que he recibido el "Aviso de prácticas de privacidad" de LMHS. Entiendo que mi firma no autoriza la divulgación pero sólo reconozco que he recibido una copia de la Notificación adjunta.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Interprete: _____

Paciente/cliente negó firmar (firma del personal): _____

Paciente/cliente no puede firmar (firma de un testigo): _____

Razón que no puede _____