

Lily Pad Pediatrics, LLC

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO, GARANTÍA DE PAGO Y ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO: Como paciente de Lily Pad Pediatrics, la _____, Entiendo que Clínica tiene la obligación de proporcionar pruebas de detección y tratamiento médico de emergencia cuando sea apropiado, y de brindar la atención y el tratamiento adecuados a todos los pacientes. Por la presente, autorizo a la Clínica, a sus médicos afiliados y a otros proveedores con licencia a solicitar o proporcionar servicios directos e indirectos con el fin de diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos, lesiones u otras afecciones. Entiendo que los proveedores actuarán de buena fe para brindar atención y tratamiento de calidad. Sin embargo, no se puede prometer una cura o resolución específica. Mis derechos como paciente incluyen mi participación en mis planes de atención y opciones de tratamiento. Puedo revocar este consentimiento para el tratamiento general. Se otorgará un consentimiento informado adicional para los procedimientos o tratamientos médicos para los cuales deba dar mi consentimiento específico. Doy mi consentimiento para la atención de telesalud realizada por los proveedores de la Clínica. Esto incluye exámenes, pruebas de diagnóstico, tratamiento y otros servicios de atención médica que se consideren médicamente necesarios según el criterio profesional de los proveedores. Entiendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica por telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro y sin correr el riesgo de perder o retirar cualquier beneficio al que de otra manera tendría derecho.

REASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO: Autorizo a la clínica a facturar a mi compañía de seguros o a cualquier otro pagador designado por los servicios prestados en relación con mi atención. Reconozco que la clínica presentará reclamaciones en mi nombre como cortesía y que yo, como garante de la cuenta, soy responsable del pago de los servicios. Reconozco que también soy responsable de los deducibles, coaseguros, copagos y servicios no cubiertos. Acepto/Aceptamos pagar las tarifas establecidas por la clínica por todos los servicios prestados al paciente mencionado a continuación. También reconozco que soy consciente de que la clínica puede tener políticas de asesoría y asistencia financiera.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TPO Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Por la presente autorizo a la clínica a divulgar información médica o de otro tipo a cualquier compañía de seguros o tercero para el cual se haya realizado una reasignación de mis beneficios por un servicio médico. Entiendo que mi información puede ser divulgada por ley para cualquier actividad comercial relacionada con el tratamiento, pago y operación (TPO) relacionado con mi atención. También autorizo a los proveedores de atención médica de la clínica a divulgar información médica y de otro tipo a otros proveedores o centros de atención médica según sea necesario para el tratamiento de emergencia o la continuidad de la atención. A menos que yo, como paciente o tutor, restrinja lo contrario, la información de salud también puede divulgarse a los familiares inmediatos que participen activamente en la gestión de mi atención. En todos los demás casos, entiendo que se me requerirá autorizar la divulgación de información de salud protegida (PHI) por cualquier otro motivo.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - ACUSE DE RECIBO: Al firmar este formulario, confirmo haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Nuestro aviso de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. La ley federal nos exige obtener su acuse de recibo de este aviso. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro aviso de prácticas de privacidad, por favor, contáctenos al número de teléfono indicado anteriormente.

EL/LA QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE LA INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN ANTERIORES. TAMBIÉN CERTIFICA QUE HA RECIBIDO NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE. ESTA AUTORIZACIÓN/ ESTE RECONOCIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA LA FECHA EN QUE SEA REVOCADO O SUSTITUIDO.

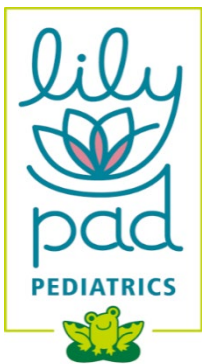
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Relación del firmante con el paciente: Padre/Tutor Cónyuge

Abuelo Otro pariente



Allison Hatfield, M.D.
Sarah Latiolais Ardoin, M.D.
Emily Fruge' Simon, M.D.

153 Town Boulevard
Opelousas, LA 70570
(337)942-4453
(337)948-0900

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL NIÑO (PACIENTE):

Apellido del niño: _____
Fecha de Nacimiento: _____ ☐ ☐ _____
Dirección postal: _____
Dirección física: _____ State _____
Número de teléfono: _____

Raza: ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano Idioma principal: ☐ Inglés
☐ Blanco/Caucásico ☐ Otros _____ ☐ Otros _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE:

Nombre: _____
Número de Seguro Social: _____
Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE:

Nombre: _____
Número de Seguro Social: _____
Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR:

Nombre del Tutor Legal: _____
Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Tipo de seguro: Verifique uno y complete la información apropiada:
☐ Auto-Pago
☐ Medicaid Si Medicaid, ¿en qué plan de salud de Bayou está inscrito? _____
☐ Seguros Privados
Nombre de la compañía de seguros: _____ Name de asegurado: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____

Haga una lista de los nombres y edades de los hermanos que tenga el niño mencionado anteriormente:

1. Nombre: _____

¿Es este niño un paciente en Lily Pad Pediatrics? ☐ Sí ☐ No

2. Nombre: _____

¿Es este niño un paciente en Lily Pad Pediatrics? ☐ Sí ☐ No

3. Nombre: _____

¿Es este niño un paciente en Lily Pad Pediatrics? ☐ Sí ☐ No

4. Nombre: _____

¿Es este niño un paciente en Lily Pad Pediatrics? ☐ Sí ☐ N

INFORMACIÓN DE FARMACIA

PREFERENCIA DE FARMACIA:

Nombre de la farmacia principal: _____

Ciudad: _____

Nombre alternativo de la farmacia: _____

Ciudad: _____

Consentimiento de prescripción electrónica:

La prescripción electrónica se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La prescripción electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MAM) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un **programa de ePrescribe**. Estos incluyen:

- Formulario y transacciones de beneficios: brinda al prescriptor información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones del historial de medicamentos: proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar el número de eventos adversos del medicamento.
- Notificación del estado de llenado: permite al prescriptor recibir un aviso electrónico de la farmacia diciéndole que la receta del paciente ha sido recogida, no recogida o parcialmente surtida.

Hay algunos medicamentos recetados que NO se pueden enviar electrónicamente (es decir, medicamentos para el TDAH) y los guiones deben recogerse en persona y firmarse.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que la Dra. Allison Hatfield, la Dra. Sarah Latiolais Ardoin, la Dra. Emily Fruge' Simon y Desiree Robison, FNP pueden solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a la Dra. Allison Hatfield, la Dra. Sarah Latiolais Ardoin, la Dra. Emily Fruge' Simon y Desiree Robison, FNP para inscribirme en el Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Fecha inicial

Permiso para el tratamiento:

Por la presente doy permiso a los proveedores de Lily Pad Pediatrics o a las personas designadas para ellos, para entrevistar, examinar y realizar los procedimientos necesarios y para proporcionar el tratamiento adecuado al paciente.

Fecha inicial

Reconocimiento de la política de no presentación del paciente y llegada oportuna a las citas:

Si llega más de **15** minutos tarde a su cita, tendremos que reprogramar su cita para una fecha posterior. Si no puede asistir a su cita, debe cancelar su cita con el aviso previo apropiado (se agradecen las 24 horas). El hecho de que no cancele su cita sin un aviso de 24 horas se considera un "No Show" a los efectos de esta política. Si se pierden tres o más citas, entonces puede ser despedido de nuestra práctica. Hacemos todo lo posible para verlo de manera oportuna y le pedimos que respete nuestro tiempo y el tiempo de los demás al llegar de manera oportuna.

Al rubricar a continuación, reconozco que entiendo la Política de No Satoria del Paciente anterior y la Llegada Oportuna a las Citas con Lily Pad Pediatrics.

Fecha inicial

Reconocimiento del despido de la paciente en caso de que la paciente quede embarazada:

Si la paciente queda embarazada mientras es una paciente activa con Lily Pad Pediatrics, esa paciente será despedida de la práctica y ya no será vista en Lily Pad Pediatrics.

Al rubricar a continuación, por la presente reconozco que entiendo la Política de despido de pacientes (por embarazo) anterior con Lily Pad Pediatrics.

Fecha inicial

Consentimiento para las vacunas

LOS PADRES O TUTORES LEGALES DEBEN ESTAR PRESENTES PARA LAS VACUNAS

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo reciba vacunas apropiadas para su edad. Los riesgos, indicaciones y efectos secundarios de estas vacunas se han discutido en detalle conmigo.

Además, se me ha proporcionado una copia y he leído, o me han explicado, información sobre las enfermedades y los procedimientos / vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo el riesgo asociado y he pedido que la vacuna / procedimiento se me administre a mí o a la persona mencionada anteriormente (para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud).

El médico ha explicado, y entiendo, los riesgos potenciales de recibir esta atención. Además, entiendo que, a juicio médico de mi médico, mi consentimiento puede resultar en la necesidad de tratamiento adicional o puede reducir los cambios en la recuperación de la salud normal. Hatfield, Latiolais Ardoin, Simon y Desiree Robison, NP, no tienen culpa por cualquier reacción asociada con este procedimiento / vacunación.

Las vacunas que se administran en esta clínica son las siguientes (apropiadas para la edad):

- Hepatitis A	- VPH	- Tdap	- Meningococo
- Hepatitis B	- Hib	- MMR	
- Influenza	- Rotavirus	- Polio	
- Neumococo	- DTap	- Varicela	

Al rubricar a continuación, reconozco que entiendo el consentimiento anterior para las vacunas de Lily Pad Pediatrics.

Fecha inicial

Consentimiento para el tratamiento de telemedicina:

Doy mi consentimiento para la atención de telesalud realizada por los proveedores de Lily Pad Pediatrics. Esto incluye exámenes, pruebas de diagnóstico, tratamiento y otros servicios de atención médica que se consideran médicamente necesarios a juicio profesional de los Proveedores. Entiendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica por telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro, y sin arriesgarme a la pérdida o retiro de ningún beneficio al que de otro modo tendría derecho. Acepto ser responsable de cualquier copago, deducible u otros cargos de los proveedores.

Al rubricar este formulario, reconozco que he leído esta información y acepto el tratamiento por telesalud.

Fecha inicial

Por la presente acepto todas las áreas rubricadas de este formulario de consentimiento

NOTICE DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

YO, EL PACIENTE / REPRESENTANTE ABAJO FIRMANTE DE LILY PAD PEDIATRICS, RECONOZCO POR LA PRESENTE QUE SE ME HA DADO UNA COPIA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA PARA QUE LAS REVISE. ENTIENDO QUE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO SIEMPRE ESTARÁ DISPONIBLE PARA QUE LA REVISE. ENTIENDO QUE CUALQUIER PREGUNTA QUE PUEDA TENER PUEDE DIRIGIRSE AL OFICIAL DE PRIVACIDAD Y / O A MI PROVEEDOR.

POR FAVOR, COMPRUEBE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

_____ ESTOY SATISFECHO DE LEER Y CONSULTAR LAS COPIAS DE LA OFICINA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
QUE SIEMPRE ESTÁN DISPONIBLES PARA MÍ.

_____ ME GUSTARÍA TENER UNA COPIA PERSONAL PARA LLEVAR A CASA CONMIGO.

SI ESTÁ FIRMANDO COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE:

IMPRIME TU NOMBRE: _____

DESCRIBA SU AUTORIDAD: _____

SIGNO: _____

_____ DOY MI PERMISO PARA QUE LILY PAD PEDIATRICS PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS CON RESPECTO AL PACIENTE: **(PROPORCIONE NOMBRES Y NÚMEROS DE CONTACTO)**

Nombre	Teléfono #	Relación
Nombre	Teléfono #	Relación
Nombre	Teléfono #	Relación
Nombre	Teléfono #	Relación

LILY PAD PEDIATRICS, LLC

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 17 de mayo de 2021

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Consultorio marcando el número principal del Consultorio.

Nuestras responsabilidades

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica, proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad y notificarle en caso de una violación de la seguridad de su información médica protegida. Usted tiene ciertos derechos y nosotros tenemos ciertas obligaciones legales con respecto a la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso también explica sus derechos y nuestras obligaciones. Nos adheriremos a los términos de este Aviso.

Usos y divulgaciones

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que podemos usar y divulgar su información médica:

Para tratamiento: Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgarla a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de la clínica que participe en su atención. Por ejemplo, su información médica puede ser compartida con un médico u otro profesional de la salud al que haya sido derivado.

Para pagos: Podemos usar y divulgar información médica sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrarle a usted, a su compañía de seguros o a un tercero pagador. Por ejemplo, podríamos necesitar proporcionarle a su compañía de seguros información sobre su cirugía u otros servicios de atención médica para que nos paguen o le reembolsen el tratamiento. También podemos informar a su plan de salud sobre el tratamiento que recibirá para determinar si lo cubre.

Para Operaciones de Atención Médica: Nuestros médicos pueden usar la información de su historial médico para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares. Los resultados se utilizarán para mejorar continuamente la calidad de la atención de todos los pacientes que atendemos. Por ejemplo, podemos combinar la información médica de varios pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios y tratamientos. Podemos divulgar información a médicos, enfermeras y otros estudiantes con fines educativos. También podemos combinar la información médica que tenemos con la de otros centros para ver cómo podemos mejorar. Podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de datos médicos para proteger su privacidad.

También podemos usar y divulgar información de salud:

- Para recordarle que tiene una cita para atención médica;
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios;
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento;
- Para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud;
- Para actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención médica; y
- Para realizar programas de capacitación o revisar la competencia de los profesionales de la salud;

Al divulgar información, principalmente recordatorios de citas y esfuerzos de facturación/cobro, podemos dejar mensajes en su contestador automático/buzón de voz.

Socios Comerciales: Algunos servicios que prestamos en nuestra organización se prestan mediante contratos con socios comerciales. Por ejemplo, empresas de facturación, empresas de transcripción y un servicio de copias que utilizamos para realizar copias de su historial médico. Al contratar estos servicios, podríamos divulgar su información médica a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos encomendado y facturarle a usted o a su tercero pagador por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información médica, la ley federal exige que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.

Personas que participan en su atención médica o en el pago de su atención y/o con fines de notificación: Podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que participe en su atención médica o que contribuya a su pago, o para notificar o asistir en la notificación (incluida la identificación o localización) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y estado general. Además, podemos divulgar su información médica a una entidad que colabore en las labores de socorro en caso de desastre para facilitar la entrega de este aviso.

Investigación: El uso de la información médica es importante para desarrollar nuevos conocimientos y mejorar la atención médica. Podemos usar o divulgar información médica para estudios de investigación, pero solo cuando cumplan con todos los requisitos federales y estatales para proteger su privacidad (como usar únicamente datos anónimos siempre que sea posible). También podríamos contactarlo para que participe en un estudio de investigación.

Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted a través de boletines informativos, correos u otros medios con respecto a opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de enfermedades, programas de bienestar, proyectos de investigación u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestra práctica.

Intercambio de información de salud/Organización regional de información de salud: Las leyes federales y estatales pueden permitirnos participar en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estos individuos y entidades compartan su información de salud entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de sus registros médicos; disminuir el tiempo necesario para acceder a nuestra información; agregar y comparar su información para fines de mejora de la calidad; y otros fines que pueda permitir la ley.

Cuándo debemos obtener su autorización: Debemos obtener su autorización antes de usar o divulgar información médica para los siguientes fines:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

Según lo exija la ley. Podemos divulgar información cuando así lo exija la ley.

Según lo permita la ley, también podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes tipos de entidades, que incluyen, entre otras:

- Administración de Alimentos y Medicamentos
- Autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Instituciones correccionales
- Agentes de compensación laboral
- Organizaciones de donación de órganos y tejidos
- Autoridades del Mando Militar
- Agencias de supervisión de la salud
- Directores de funerarias y médicos forenses

Machine Translated by Google

- Agencias de Seguridad Nacional e Inteligencia
- Servicios de protección para el presidente y otros
- Una persona o personas capaces de prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona de la misión o denunciar un delito.

Para procedimientos judiciales o administrativos: Podemos divulgar información médica protegida según lo permita la ley en relación con procedimientos judiciales o administrativos, como en respuesta a una orden judicial, una orden de allanamiento o una citación.

Requisitos específicos de cada estado: Muchos estados, incluyendo las ciudades con mayor población, tienen requisitos para la presentación de informes relacionados con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica. Algunos estados tienen leyes de privacidad independientes que pueden aplicar requisitos legales adicionales. Si las leyes estatales de privacidad son más estrictas que las federales, la ley estatal prevalece sobre la federal.

Recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.

Sus derechos con respecto a su información médica protegida

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, con respecto a su Información Médica Protegida:

- Derecho a Inspeccionar y Copiar: Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero no las notas de psicoterapia. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia, elegido por el Consultorio, revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- Derecho a solicitar una enmienda: Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información se conserve en el centro o para el centro. Cualquier solicitud de modificación debe enviarse por escrito al Responsable de Privacidad de la Clínica.

Podemos rechazar su solicitud de enmienda y, si esto ocurre, se le notificará el motivo del rechazo.

- Derecho a restringir el uso de las divulgaciones: Tiene derecho a solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos rechazarla si esto afecta su atención médica.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o para nuestras operaciones. Diremos que sí, a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.
- Un informe de divulgaciones: Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica para los que no se requiere autorización.

Estamos obligados a acceder a su solicitud solo si 1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación se realiza a su plan de salud y el propósito está relacionado con el pago o las operaciones de atención médica (y no con fines terapéuticos), y 2) su información se refiere únicamente a servicios de atención médica que usted ha pagado en su totalidad. Para otras solicitudes, no estamos obligados a acceder. Si accedemos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

- Solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera o lugar determinados. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en su trabajo en lugar de en su casa. El consultorio aceptará solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales en lugares o medios alternativos solo si la solicitud se presenta por escrito e incluye una dirección postal donde recibirá las facturas de los servicios prestados por el consultorio y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de contactarlo por otros medios y en otros lugares si no responde a cualquier comunicación nuestra que requiera respuesta. Le notificaremos de acuerdo con su solicitud original antes de intentar contactarlo por otros medios o en otro lugar.
- Una copia impresa de este aviso: Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si tiene Si aceptó recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso.

Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga los formularios necesarios del Funcionario de Privacidad y envíe su solicitud por escrito.

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. El aviso revisado o modificado entrará en vigor tanto para la información que ya tenemos sobre usted como para cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en el Consultorio e incluirá la fecha de entrada en vigor.

QUEJAS: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Consultorio siguiendo el proceso descrito en la documentación de Derechos del Paciente del centro. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Cualquier otro uso y divulgación de información médica no contemplado en este aviso ni en las leyes aplicables se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información médica, podrá revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica por los motivos contemplados en su autorización escrita. Usted comprende que no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su autorización y que estamos obligados a conservar los registros de la atención médica que le brindamos.