



## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Los Estándares de Privacidad de Información de Salud de Índole Personal (la Regla de Privacidad) establecen un conjunto de estándares nacionales para la protección de determinada información de salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. emitió la Regla de Privacidad para implementar el requisito de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Las reglas de privacidad de la HIPAA suelen otorgar el derecho a solicitar una restricción de los usos y las divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). También se otorga el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o a solicitar que una comunicación de PHI se realice por medios alternativos, como con el envío de correspondencia a su oficina en lugar de a su casa. Para brindarle un mejor servicio, complete lo siguiente:

### COMUNÍQUENSE CONMIGO DE LA SIGUIENTE MANERA:

#### COMUNICACIÓN ORAL:

Teléfono particular/celular/laboral (marque una opción con un círculo)

Identifique el número de teléfono que prefiere que usemos: \_\_\_\_\_

- Dejen un mensaje con información detallada.
- Dejen un mensaje solamente con el número de teléfono al que debo devolver la llamada.

#### COMUNICACIÓN ESCRITA:

- Envíen correo postal a esta dirección: \_\_\_\_\_
- Envíen un fax a este número: \_\_\_\_\_
- Portal para pacientes de Affinity *¿Tiene preguntas? Consulte en la recepción.*

### FAMILIARES O AMIGOS CON LOS QUE PODAMOS HABLAR SOBRE SU AFECCIÓN MÉDICA:

|           |            |           |
|-----------|------------|-----------|
| Nombre:   | Dirección: | Teléfono: |
| Relación: |            |           |
| Nombre:   | Dirección: | Teléfono: |
| Relación: |            |           |
| Nombre:   | Dirección: | Teléfono: |
| Relación: |            |           |
| Nombre:   | Dirección: | Teléfono: |
| Relación: |            |           |

Comprendo que es mi responsabilidad proporcionar a este consultorio los cambios por escrito que afecten la divulgación de mi PHI.

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En la información que se adjunta, se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información y cómo puede acceder a dicha información. Revísela con detenimiento.

### CÓMO ENTENDER LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE MÉDICO

Cada vez que visita un hospital, un médico u otro proveedor de atención médica, se debería crear un registro de su visita. Normalmente, este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, medicamentos recetados y un plan de atención a futuro. A menudo, esta información se denomina expediente médico o de salud y sirve como base para planificar su atención y tratamiento. Estos registros fomentan la comunicación entre los profesionales de atención médica que pueden contribuir con su atención, tanto dentro como fuera de **Affinity Health Group, LLC**. Estos registros también proporcionan un medio por el que usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados en verdad se hayan prestado.

### CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, por este medio, autorizo a **Affinity Health Group, LLC** a usar mi información de atención médica con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Comprendo que este consentimiento es voluntario. Si me niego a firmar este consentimiento, comprendo que **Affinity Health Group, LLC** puede negarse a brindarme tratamiento.

Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a **Affinity Health Group, LLC** por escrito. Si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectará las acciones que **Affinity Health Group, LLC** haya tomado antes de recibir el aviso de mi revocación.

Comprendo que **Affinity Health Group, LLC** se ha reservado el derecho de modificar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener dicha información revisada si la solicito.

Comprendo que tengo derecho a solicitar que **Affinity Health Group, LLC** limite el modo en que la información de salud que me identifica de manera individual se usa y divulga para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Comprendo que **Affinity Health Group, LLC** no tiene la obligación de aceptar dichas restricciones, pero una vez que se aceptan dichas restricciones, **Affinity Health Group, LLC** deberá cumplirlas.

En el siguiente aviso, se describe cómo puede utilizarse o divulgarse su información médica y cómo puede acceder a dicha información. Revísela con detenimiento.

Su información de atención médica confidencial se puede divulgar a:

- Otros profesionales de atención médica, a los efectos de brindarle atención médica de calidad.
- Su compañía de seguros, a los efectos de que Affinity reciba el pago por prestarle los servicios de atención médica necesarios.
- Funcionarios públicos o de cumplimiento de la ley, si se realizara una investigación en la que usted fuera víctima de abuso, de un crimen o de violencia doméstica.
- Otros proveedores de atención médica, si usted necesitara atención en caso de emergencia.
- Una organización de salud pública u organización federal, si hubiera una enfermedad contagiosa, para informar un dispositivo defectuoso, una reacción adversa a un producto biológico (alimento o medicamento) u otro requisito de informe legal.

Su información de atención médica confidencial no se puede divulgar con ningún otro fin que no sea el que se identifica en este aviso.

Su información de atención médica confidencial solo se puede divulgar luego de recibir su autorización por escrito. Puede revocar su permiso para divulgar información de atención médica confidencial en cualquier momento.

Puede suceder que Affinity se comunique con usted para recordarle de citas, opciones de tratamiento de atención médica u otros servicios de salud que sean de su interés.



Tiene derecho a:

- Limitar el uso de su información de atención médica confidencial. Sin embargo, Affinity puede optar por rechazar la restricción que usted solicita si esta entra en conflicto con la prestación de atención médica de calidad, en caso de que se presente una situación de emergencia; o si entra en conflicto con requisitos estatales o federales.
- Recibir una comunicación confidencial sobre su estado de salud.
- Revisar y fotocopiar cualquier parte de su información de atención médica o su totalidad.
- Modificar su información de atención médica.
- Tener una copia del Aviso de privacidad, si la solicita. Esta copia puede ser en la forma de una transmisión electrónica o impresa en papel.

Affinity tiene la obligación por ley de proteger la privacidad de sus pacientes y mantendrá la confidencialidad de parte o toda la información de atención médica de los pacientes.

Affinity se regirá por los términos de este aviso. Affinity se reserva el derecho a modificar este aviso y seguir manteniendo la confidencialidad de toda la información de atención médica. Estará disponible a pedido la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Usted tiene derecho a presentar una queja formal ante Affinity si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, envíe su queja a:

**Affinity Health Group, LLC ATTN: Affinity Privacy Officer 130 DeSiard St, Ste 355  
Monroe, LA 71201**

**O llame al (866) 242-3124.**

Se investigarán todas las quejas formales.

Para obtener más información sobre este Aviso de privacidad, comuníquese con:

**Robert Bozeman, asesor general  
(318) 361-0900.**

Este aviso tiene vigencia desde el 1 de noviembre de 2010.

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_