

Favor de firmar y devolver:

Yo he recibido en TEAM Physical Therapy sobre las Pólizas y Prácticas y yo autorizo compartir mi información protegida de salud con el propósito de tratamiento, costo y operaciones relacionadas con tratamiento y costo.

Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información que será usada para los propósitos ya anteriormente mencionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### **AUTORIZACIÓN DE PERSONAS DESIGNADAS**

Por la presente autorizo a una de las personas designadas en seguida que soliciten y reciban la información de salud protegida relacionada con mi tratamiento, pagos o operaciones administrativas relacionadas a tratamiento y pagos. Yo entiendo que la identidad de personas designadas debe ser verificada antes de compartir de cualquier información.

Si usted no desea designar a ninguna persona, favor de escribir "Ninguna", favor de firmar en seguida.

Personas Designadas Autorizadas:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha





## AVISO SOBRE PÓLIZAS DE PRIVACIDAD Y PRÁCTICAS

Este aviso describe como la información de usted puede ser usada y revelar y como usted puede tener acceso de esta información. Favor de revisar cuidadosamente.

**Introducción:** En TEAM Physical Therapy, tenemos el compromiso de tratar y usar información de salud protegida sobre usted responsablemente. Este aviso describe la información personal que coleccionamos, y como y cuando la usamos y divulgamos esa información. También describe sus derechos los cuales están relacionados con su información protegida de salud. Esta información esta en efecto del 24 de abril de 2003 y suplementa toda la información protegida de salud así definida por y requerida por regulaciones federales.

**Entendiendo su Información de Salud/Archivo Medico:** Cada vez que usted visite TEAM Physical Therapy, se hará un archivo medico. Típicamente, este archivo contiene información sobre su visita incluyendo su examen, diagnosis, resultados de exámenes, tratamiento, así como otros datos pertinentes del cuidado de salud. Esta información, varias veces referida como su archivo de salud o medico, la cual sirve para:

- Base para planear su cuidado y tratamiento
- Manera de comunicación con otras personas profesionales de salud que participan en su cuidado
- Documento legal delineando y describiendo el cuidado que recibió
- Un ítem que usted u otra compañía que paga (su compañía de seguro) usara para verificar que los servicios fueron verdaderamente rendidos
- Un artículo educacional para proveedores de salud
- Un recurso para estudios médicos
- Base para oficiales de de salud publica quienes podrán usar la información para obtener y/o mejorar el cuidado de salud del estado así también como estándares del cuidado de salud
- Un recurso de datos para planear y/o comercio
- Un artículo que podemos referir para tener la seguridad de tener alta calidad de de cuidado y satisfacción del paciente

Entendiendo que lo que está en su archivo médico y como su información de salud se usa ayuda a tener exactitud, determina que entidades tienen acceso a su información de salud y hacer decisiones informadas cuando se autoriza el contenido de su información a otras personas.

**Sus Derechos:** Usted tiene ciertos derechos bajo el acta federal de estándares de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho de peticionar la restricción del uso y distribución privada en referencia a su información médica incluyendo la información o distribución a su propia compañía de poliza médica cuando usted está pagando su proporción adicional para cubrir el cargo que no es cubierto por su poliza médica
- El derecho de recibir comunicación confidencial sobre su condición medica y tratamiento
- El derecho de inspeccionar y hacer copias de su información protegida de salud
- El derecho de cambiar o someter correcciones de su información protegida de salud
- El derecho de recibir cuentas de cómo y a quien se le ha dado información protegida de salud
- El derecho de recibir una copia impresa de este aviso

**Nuestras Responsabilidades:** Se le requiere a TEAM Physical Therapy:

- Mantener privacidad de la infamación de salud
- Proporcionarle este aviso tal como nuestra obligación legal y prácticas de privacidad con respeto a información que obtenemos y mantenemos sobre usted
- Cumplir con los términos de este aviso
- Notificarle a usted en el evento de que su propia información médica restringida fue violada y distribuida
- Hacer todo lo posible por todas las solicitudes razonables que usted tenga sobre comunicación de información de salud vía maneras alternativas/locaciones.

Tal como es permitido por la ley, nosotros reservamos el derecho de cambiar o modificar nuestras pólizas de privacidad y practicas. Estos cambios de nuestras pólizas y practicas pueden ser requeridas por cambios de leyes y regulaciones federales y estatales. Por cualquiera que sea la razón de estas revisiones, nosotros le proporcionaremos un aviso de revisado cuando usted venga la próxima vez a nuestra oficina. Las pólizas y



prácticas revisadas serán aplicadas a toda la información protegida de salud que mantenemos. Nosotros no usaremos o divulgaremos su información de salud sin su autorización, con la excepción tal descrita en este aviso. También nosotros discontinuaremos usar o divulgar su información de salud después que hemos recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

### **Como Podríamos Usar y/o Divulgar su Información de Salud**

Nosotros usaremos su información de salud para tratamiento. La información de salud puede ser usada por miembros de los empleados o divulgar a otros profesionales de cuidado de salud con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas, y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de exámenes del laboratorio y procedimientos que están a su disposición en su archivo medico a todas personas profesionales de salud quienes pueden proporcionar tratamiento o a quienes se les puede consultar por medio de los empleados.

- **Nosotros usaremos su información para pagos:** Su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicios, los servicios que se proporcionaron, o la condición medica por la cual esta recibiendo tratamiento para así pagar por los servicios que se le rindieron.
- **Nosotros usaremos su información para operación regular de salud.** Su información de salud puede ser usada como sea necesario para apoyar las actividades de día a día y la administración de TEAM Physical Therapy. Por ejemplo, información de los servicios que usted recibió puede ser usada para apoyar el presupuesto y reporte de finanzas, y actividades para evaluar y promover calidad de servicios.
- **Socios de Negocio:** En ciertos casos, hemos contratado entidades separadas para proporcionarnos con sus servicios. Estos "socios" requieren su información de salud para así cumplir lo que les pedimos que proporcionen. Algunos ejemplos de de estos "socios de negocios" pueden ser servicios de cobros, agencia de coleccionar cobros, servicios de contestar el teléfono, y servicios técnicos de computadoras
- **Comunicación con Familia:** Debido la naturaleza de nuestra profesión, usaremos nuestra mejor opinión al divulgar información de salud a un miembro de la familia., otros parientes o cualquiera otra persona incluida en su cuidado quien usted ha autorizado para recibir información. favor de avisarnos cuando usted no desea que un miembro de su familia u otra persona tenga su autorización para recibir su información.
- **Estudio Científico/Enseñanza/Entrenamiento:** Podríamos usar su información con el propósito de estudio científico, enseñanza y entrenamiento.
- **Supervisión del Cuidado de Salud:** La ley Federal requiere que nosotros compartamos su información a una agencia supervisora de cuidado de salud, a una autoridad de salud, o a un abogado, o a otra persona designada ya sea federal o estatal si existen circunstancias las cuales nos requiera hacerlo.
- **Reporte a Salud Pública:** La información de su salud puede ser divulgada a agencias de salud publica tal requerido por la ley.
- **Agencia de Policía:** La información de su salud puede ser divulgada a agencias de policía sin su permiso para apoyar verificación del gobierno e inspecciones para facilitar investigaciones de agencias de policía y para cumplir con reportes requeridos por el gobierno.
- **Recordatorios de Citas:** Nosotros podemos usar su información para recordarle de sus próximas citas. Típicamente, estos mensajes se comunican por medio del teléfono y le podemos dejar un mensaje en su teléfono. Si usted no aprueba este método, usted debe informarnos por escrito.

### **Otros Usos y Divulgaciones:**

Divulgaciones sobre su información de salud o su uso por cualquier propósito otro que no este anotado anteriormente requiere su autorización especifica. Si usted cambia de parecer después de haber autorizado el uso o divulgar su información, usted puede entregar una revocación por escrito. Sin embargo, su decisión de revocar su autorización no afectara o anulara cualquier uso o divulgo de información que ocurrió antes que se nos notificó sobre su decisión.

### **Para Obtener mas Información o Para Reportar un Problema**

Si usted tiene quejas, preguntas o desea información adicional sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad de TEAM Physical Therapy, favor de comunicarse con:

Jeff Bekendam  
TEAM Physical Therapy  
7945 Haven Avenue  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
(909) 948-1124

---