



Bienvenido a Rocky Mountain Primary Care!

Gracias por elegir Rocky Mountain Primary Care como su nuevo proveedor. Nuestra meta es hacer que cada interacción que tenga con nuestra oficina sea una experiencia agradable.

Rocky Mountain Primary Care es Su Hogar Médico Centrado en el paciente!

Un hogar médico no es un lugar, sino un enfoque para brindar atención a los niños, jóvenes y adultos. El Hogar Médico permite asociaciones entre los distintos pacientes y sus proveedores de atención primaria y, cuando sea apropiado, la familia del paciente.

En un Hogar Médico, la práctica está organizada alrededor al paciente - Comunicación se basa en la confianza, el respeto y decisiones compartidas entre todos. Los pacientes tienen acceso a atención primaria que es personalizada, coordinadas e comprensivas.

Es esencial para todos los nuevos pacientes/familiares proporcionar una historia médica completa cuando establezca, y compartir cualquier información acerca de la atención recibida fuera de nuestra oficina (hospitales, especialistas, etc.). Por favor complete el Paquete incluido nuevo paciente y llevar con usted a su primera visita con su nuevo proveedor en RMPC.

QUE PUEDE ESPERAR DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA EN RMPC:

- Un ambiente seguro para hablar sobre sus preocupaciones
- Las respuestas a sus preguntas y preocupaciones en cada cita
- Asociados con usted, uso de decisiones compartidos entre todos, para ayudarle a administrar su salud
- Ser el líder en su equipo de cuidado de salud, coordinar la atención con nuestra oficina y especialista

LO QUE EL EQUIPO DE ATENCIÓN EN RMPC ESPERA DE USTED:

- Ser un participante activo en su equipo de cuidado de la salud
- Traiga su lista de preguntas y medicamentos para cada cita
- Traiga su identificación con foto, tarjeta de seguro, y su Co-Pago para cada visita.
- Llame a nuestra oficina antes de ir a la sala de urgencias o hospital - normalmente podemos conseguirle cita en la oficina el mismo día cuando sea necesario, y siempre hay un médico disponible para llamadas después de horas de trabajo.
- Informe a otros médicos que RMPC es su proveedor de atención primaria, y pídale que compartan con nosotros su expediente.

Por favor traiga los siguientes elementos para su primera visita:

<input type="checkbox"/> Identificación con foto	Formularios (incluido en este paquete):	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro de salud	<input type="checkbox"/> Nuevo formulario demográfico del paciente	<input type="checkbox"/> Formulario de Suscripción al portal del paciente



Co-pago

Formulario Historial de paciente nuevo

Contactos autorizados del paciente

Reconocimiento de las prácticas de privacidad

Quién es su médico de RMPC:

Apellido:		Nombre:		Seg:
Sexo: M F	Fecha de nacimiento:	SSN:		
Dirección: Calle				
Ciudad:		Estado:	Cod:	
Tel de casa	Tel de trabajo:		Cellular:	
Número de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular				

Idioma preferido:

Raza:		Etnicidad:	Estado civil:
<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Soltero
<input type="checkbox"/> /Negro afro-americano	<input type="checkbox"/> Hawaianos nativos	<input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> Se niegan a denunciar	<input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> No declarado o se niegan a informar	<input type="checkbox"/> Separado
	<input type="checkbox"/> No declarado o se niegan a informar		<input type="checkbox"/> Viudo

Otros miembros de la familia vistos por nuestra práctica	Relación	¿Mismo seguro?
1.		Y N
2.		Y N
3.		Y N
4.		Y N

Parte responsable para el pago (si es diferente a la paciente):

Apellido: _____ Nombre: _____ Seg: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod: _____

Tel de casa _____ Tel de trabajo: _____ Cellular: _____

Información de seguros primarios:

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Número de identificación: _____

_____ Número de grupo: _____

_____ Fecha efectiva: _____

Titular de póliza (si es diferente a la paciente):

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento

Sexo: M F : _____ SSN: _____

Empleador : _____ Teléfono: _____

Autorización PARA PAGAR LOS BENEFICIOS PARA EL MÉDICO: autorizo el pago directamente a la atención Rocky Mountain Primary Care, la intervención quirúrgica y/o beneficios médicos disponibles, si las hubiere, y autorizar la entrega de toda la información médica necesaria para procesar esta y futuras reclamaciones. Yo entiendo que, si mi seguro no hace un pago, soy responsable en última instancia para el pago de los servicios prestados.

Firma de paciente/guardian: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha de hoy:** _____

¿Tiene seguro secundario? SI NO

Información sobre el seguro secundario:

Campania de seguros _____ Teléf ono _____

Dirección _____ Número de ID. _____

Número de grupo _____

Fecha efectiva _____

Titular de póliza (si es diferente a la paciente):

Apellido _____ Nombre: _____ MI _____

M Fecha de nacimiento

Sexo F : _____ SSN _____

Empleado r _____ Teléfono _____

¿Es SU CITA RELEVANTE A UN ACCIDENTE? Sí NO

¿En caso afirmativo, qué tipo de accidente?

Auto Trabajo Otros _____

Fecha del accidente _____ Caso / Número de reclamación _____
Nombre del ajustador _____ Número de teléfono _____
¿Si es relacionado al trabajo, el empleador ha sido notificado? Sí No
Empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Doctor de Cabecera: _____

Idioma preferido: _____

¿Tiene necesidades especiales en materia de comunicación para: La pérdida de audición
 Problemas de visión N/A

¿Tiene Directivas Anticipadas (testamento, etc.) en su lugar? Si No No Se

Vacunas: Has tenido las siguientes vacunas y, en caso afirmativo, ¿cuándo?

La inmunización		Año	
Vacuna contra la neumonía	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> N
Vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> N
Vacuna contra el tétano	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> N

¿La Vacuna contra el tétano incluye lo de la tosferina? Si N

Alergias: Haga una lista de cualquier alergia que tenga, y su reacción:

Alergia a los alimentos o medicamentos	Reacción

Medicamentos: Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente (incluyendo los medicamentos sin receta): *Haga una lista de los medicamentos adicionales en la parte posterior del formulario*

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia

Problemas Médicos: Haga una lista de importantes enfermedades que usted ha tenido.

Problema	Año	Problema	Año
<input type="checkbox"/> Sí Las alergias		<input type="checkbox"/> Sí Escarlatina	
<input type="checkbox"/> Sí El asma		<input type="checkbox"/> Sí El sarampión	
<input type="checkbox"/> Sí La diabetes		<input type="checkbox"/> Sí Paperas	
<input type="checkbox"/> Sí Problemas del corazón		<input type="checkbox"/> Sí El sarampión alemán	

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

En Rocky Mountain Primary Care, nos comunicamos con nuestros pacientes, a través del "Portal de paciente." Utilizando el Portal de paciente permite que nuestros pacientes:

- Solicitar citas de rutina
- Mandar correo electrónico con preguntas no urgentes a su equipo proveedor
- Solicitar copias de las pruebas de laboratorios, los registros de inmunización, listas de medicamentos, y los resultados de otras pruebas (incluidos los rayos X, TAC, etc.).
- Solicitar que le vuelvan a surtir sus recetas
- Recibir notas y documentos de su visita

Por favor proporcione su dirección de correo electrónico y los inscribiremos al Portal del paciente en su primera visita.

Dirección de correo electrónico del paciente:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente (imprima) _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

¿Quién puede RMPC Contactar con respecto a su cuidado y la facturación?

Contacto de personas con quien podemos discutir su cuidado, los resultados de las pruebas, su cuenta, y la información de facturación:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono # _____

¿Podemos dejar información confidencial sobre el buzón de voz o contestador automático?

Teléfono de casa _____ Sí No

Teléfono de trabajo _____ Sí No

Teléfono celular _____ Sí No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

RECONOCIMIENTO DE RECIBO: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____	____/____/____
Imprimir nombre	Fecha de nacimiento
_____	____/____/____
Paciente (o representante del paciente*) Firma	Fecha

Para el uso de Rocky Mountain Primary Care

Hemos intentado obtener reconocimiento escrito de nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Se negó a firmar
 - Barreras de comunicación prohibieron la obtención del reconocimiento
 - Una situación de emergencia nos ha impedido la obtención del reconocimiento
 - Otro (especifique)
-

*Si la firma es representante del paciente, documentación legal debe incluirse la designación de autoridad para firmar o recibir información. Este formulario debe ser mantenido durante 6 años.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

Rocky Mountain Primary Care

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ¡Por favor, revise con cuidado!

Fecha de vigencia: 1 de junio de 2015

La práctica de Rocky Mountain Primary Care es requerido por las leyes estatales y federales aplicables para mantener la privacidad de su información de salud. Información de salud protegida (PHI) es la información que nos permite crear y mantener en el curso de la prestación de nuestros servicios para usted. Dicha información puede incluir documentación de sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos y protocolos de tratamiento. También puede incluir documentos de facturación para esos servicios. Estamos permitidos por la ley federal de privacidad (la Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud Acto de 1996 (HIPAA), utilizar y divulgar su PHI sin su autorización escrita, para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Ejemplos del uso de su información médica para propósitos de tratamiento:

- Nuestra enfermera obtiene el tratamiento de información acerca de usted y lo registra en su registro médico.
- Durante el curso de su tratamiento, el médico determina que será necesario consultar con un especialista. Él compartirá la información con el especialista y obtener su entrada.
- Nos pondremos en contacto con usted por teléfono, en su casa, si tenemos que hablar con usted acerca de una condición médica o para recordarle de sus citas médicas.

Ejemplo del uso de su información médica para propósitos de pago:

- Podemos enviar solicitudes de pago a su compañía de seguro de salud. Responderemos a la compañía de seguros de salud solicitudes de información acerca de la atención médica que le proveemos.

Ejemplo de uso de la información de las operaciones de atención médica:

- Podemos usar o revelar su PHI a fin de llevar a cabo determinados negocios y las actividades operacionales, tales como la evaluación de la calidad, revisiones, o empleado en el entrenamiento de estudiantes. Podemos compartir información
-
-

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

sobre usted con nuestros asociados de negocios, los terceros que realizan estas funciones en nuestro nombre, como necesario para obtener sus servicios.

Sus derechos sobre su información de salud

El expediente y facturas son la propiedad física de la práctica. La información contenida en ellos, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para PHI ("Aviso");
- Recibir una notificación de incumplimiento de su PHI no segura;
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a conceder la mayoría de las peticiones, pero vamos a cumplir con cualquier petición con la que estamos de acuerdo. Sin embargo, vamos a estar de acuerdo con su solicitud para que se abstengan de enviar su PHI a su plan de salud para propósitos de operaciones de pago o si en el momento en que un elemento o servicio es proporcionado a usted, usted paga en su totalidad;
- Pedimos que sea permitido para inspeccionar y copiar la información sobre usted que nosotros mantenemos en la práctica el conjunto de registros designado. Usted puede ejercer este derecho mediante la entrega de su solicitud por escrito a nuestra práctica.
- Apelar una denegación de acceso a su PHI, excepto en ciertas circunstancias;
- Solicitar que su registro de salud debe modificarse para corregir la información incorrecta o incompleta por la entrega de una solicitud escrita a nuestra práctica. Podemos negar su petición si usted pide que nosotros enmendemos información que (a) no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda), (b) no es parte de la información de salud mantenida por la práctica, (c) no es parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o (d) es exacta y completa. Si su solicitud es negada, usted será informado de los motivos de la denegación y tendrán la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que se coloca en el registro;
- Solicitar que la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos mediante la entrega de una solicitud escrita a nuestra práctica.
- Si nos involucramos en actividades de recaudación de fondos y nos contactamos con usted para recaudar fondos para nuestra práctica, usted tendrá el derecho de rechazar cualquier comunicación futura sobre recaudación de fondos;
- Obtener una lista de los casos en los que hemos compartido su información de salud con terceros, como requerido por las Reglas de HIPAA.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

- Revocar cualquiera de sus previas autorizaciones para usar o divulgar información entregando una revocación escrita a nuestra práctica (excepto en el caso que ya se han tomado medidas basadas en autorizaciones previas).

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

Nuestras responsabilidades

La práctica requiere:

- Mantener la privacidad de su información de salud como requerido por la ley;
- Notificarlos a raíz de un incumplimiento de su PHI no segura;
- Proporcionarle un aviso ("Aviso") que describe nuestros deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos sobre usted y acatar los términos de la notificación;
- Notificar si no podemos acomodar una restricción solicitada o solicitud; y,
- Acomodar sus solicitudes razonables sobre los métodos para comunicarse con usted acerca de su información de salud y cumplir con su petición por escrito a abstenerse de divulgar su PHI a su plan de salud si usted paga por un artículo o servicio que ofrecemos a usted en su totalidad en el momento del servicio.

Nos reservamos el derecho de enmendar, cambiar o suprimir las disposiciones de nuestras prácticas de privacidad y a promulgar nuevas disposiciones con respecto a la Información Médica Protegida que mantenemos sobre usted. Si nuestras prácticas de información cambian, nosotros enmendaremos nuestro anuncio. Usted tiene derecho a recibir una copia del aviso revisado a petición por teléfono o visitando nuestro sitio web o en la práctica.

Otros usos y revelaciones de su PHI

La comunicación con la familia

- Utilizando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro familiar, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique. Compartiremos dicha información que es pertinente a su cuidado o el pago para los servicios, si no hay objeto o en una emergencia. También podemos hacer esto después de su muerte, a menos que usted nos diga antes de morir que no desea que nos comuniquemos con determinadas personas.

Notificación

- A menos que usted lo objete, podemos usar o revelar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de familia, representante personal, u otra persona responsable para su cuidado acerca de su ubicación, su condición general o su muerte.

Investigación

- Podemos revelar información a los investigadores si una junta de revisión institucional ha revisado la propuesta de investigación y establecidos protocolos para asegurar la confidencialidad de su PHI. También podemos revelar su información si los investigadores requieren sólo una parte limitada de su información.

Socorro en Casos de Desastre

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

- Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.

Organizaciones de Obtención de Órganos

- Consistente con la ley aplicable, podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, conservación o trasplante de órganos para la donación de tejidos y trasplante.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

Intercambio de Información CORHIO

Rocky Mountain Primary Care respalda, apoya y participa en el intercambio electrónico de información de salud (HIE) como un medio para mejorar la calidad de la experiencia de su salud. HIE nos proporciona una manera de compartir de forma segura y eficaz de información clínica de los pacientes electrónicamente con otros médicos y proveedores de atención de la salud que participan en la HIE red. Con HIE ayuda a sus proveedores de atención de salud para compartir información de forma más eficaz y proporcionarle una mejor atención. La HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que están tratando de tener acceso inmediato a sus datos médicos que pueden ser críticos para su cuidado. Haciendo su información de salud disponible a sus proveedores de servicios de salud a través de la HIE también puede ayudar a reducir el costo: eliminando la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, puede elegir "opt-out" de la participación en el <CORHIO> HIE, o cancelar una opción opt-out, en cualquier momento. Opt-Out formularios están disponibles en todas nuestras localidades, o puede ser obtenida llamando a su proveedor de atención primaria.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.

- Podemos divulgar su PHI a la FDA relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post-comercialización para permitir devoluciones, reparaciones o reemplazos.

Compensación a los trabajadores

- Si usted tiene un caso con la compensación a los trabajadores, podemos revelar su PHI en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con Compensación a los Trabajadores.

Salud pública

- Podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiro de producto; o para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que está en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Como requerido por la ley

- Podemos revelar su PHI según sea requerido por la ley, o a las autoridades competentes según lo permitido por la ley a reportar abuso o negligencia.

Los empleadores

- Podemos divulgar información médica acerca de usted a su empleador si proporcionamos servicios de cuidado de salud a usted a petición de su empleador, y los servicios de salud se prestan bien para llevar a cabo una evaluación relativa a la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. En tales circunstancias, le daremos un aviso por escrito de la entrega de información a su empleador. Cualquier otra información a

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

su empleador se hará sólo si ejecuta una autorización específica para la entrega de información a su empleador.

El cumplimiento de la Ley

- Podemos revelar su PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (a) en respuesta a una orden judicial, citación judicial, orden judicial o proceso judicial similar; (b) para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; (c) si usted es víctima de un delito y no somos capaces de obtener su acuerdo; (d) acerca de la conducta criminal en nuestras instalaciones; y (e) en otras circunstancias limitadas de emergencia donde tenemos que denunciar un delito.

Supervisión de salud

- La ley federal nos permite divulgar su PHI a agencias de supervisión médica apropiada o para las actividades de vigilancia de la salud, tales como las auditorías estatales y federales.

Las actuaciones administrativas o judiciales

- Podemos divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo según lo permitido o requerido por la ley, con su autorización, o como dirigido por una orden apropiada de la corte.

Para las funciones gubernamentales especializadas o amenaza grave

- Podemos revelar su PHI para funciones especializadas del gobierno como autorizado por la ley para el personal de las Fuerzas Armadas, para propósitos de seguridad nacional, al personal del programa de asistencia pública, o para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad. Podemos divulgar su PHI en consistente con la ley aplicable para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Instituciones correccionales

- Si usted es un recluso de una institución correccional, nosotros podemos revelar a la institución o sus agentes la PHI necesarios para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Forenses, Examinadores Médicos y directores de Funerarias

- Podríamos divulgar información de salud a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podríamos divulgar información de salud acerca de nuestros pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus tareas.

Sitio web

- Puede acceder a una copia de este aviso electrónicamente en nuestro sitio web.

Otros usos y revelaciones de su PHI no descritos en este Aviso serán realizados solamente con su autorización, salvo lo permitido o requerido por la ley. La mayoría de los usos y divulgación de notas de psicoterapia, usos y revelaciones de su PHI para propósitos de mercadotecnia, y las revelaciones de su PHI que constituye una venta de

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

PIS requerirá su autorización. Usted puede revocar cualquier autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud de revocación escrita a la práctica (como anteriormente previstas en este Aviso en "sus derechos a la información sobre salud").

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Pólizas y Procedimientos

Para solicitar información, el ejercicio de un derecho del paciente, o presentar una queja

Si usted tiene preguntas, quisiera información adicional, quieren ejercer un derecho paciente descrito anteriormente, o cree que Usted (o alguien más) derechos de privacidad han sido violados, usted puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad en la práctica (303) 205-0113, O por escrito a nosotros a:

**Millard McQuaid
Rocky Mountain Primary Care
7625 W. 92nd Ave.
Westminster, CO 80021**

Por favor tenga en cuenta que todas las quejas deben ser presentadas por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente. También puede presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Su queja debe ser presentada por escrito, bien sea en papel o electrónicamente, por correo, fax o correo electrónico. La dirección de la oficina regional de Colorado es: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 999 18th Street, Suite 417, Denver, CO 80202; o llame al (800) 368-1019. Más información acerca de los pasos para presentar una queja puede ser encontrada en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

- No podemos y no requiere que usted renuncie a su derecho a presentar una queja ante el secretario de HHS como condición para recibir tratamiento por parte de la práctica.
- No podemos y no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja con el Secretario de HHS.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polizas y Procedimientos

Rocky Mountain Primary Care

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Por favor, revise con cuidado!

Fecha de vigencia: 1 de junio de 2015

La práctica de Rocky Mountain Primary Care es requerido por las leyes estatales y federales aplicables para mantener la privacidad de su información de salud. Información de salud protegida (PHI) es la información que nos permite crear y mantener en el curso de la prestación de nuestros servicios para usted. Dicha información puede incluir documentación de sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos y protocolos de tratamiento. También puede incluir documentos de facturación para esos servicios. Estamos permitidos por la ley federal de privacidad (la Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud Act de 1996 (HIPAA), utilizar y divulgar su PHI sin su autorización escrita, para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Ejemplos del uso de su información médica para propósitos de tratamiento:

- Nuestra enfermera obtiene el tratamiento de información acerca de usted y lo registra en su registro médico.
- Durante el curso de su tratamiento, el médico determina que será necesario consultar con un especialista. Él compartirá la información con el especialista y obtener su entrada.
- Nos pondremos en contacto con usted por teléfono, en su casa, si tenemos que hablar con usted acerca de una condición médica o para recordarle de sus citas médicas.

Ejemplo del uso de su información médica para propósitos de pago:

- Podemos enviar solicitudes de pago a su compañía de seguro de salud. Responderemos a la compañía de seguros de salud solicitudes de información acerca de la atención médica que le proveemos.

Ejemplo de uso de la información de las operaciones de atención médica:

- Podemos usar o revelar su PHI a fin de llevar a cabo determinados negocios y las actividades operacionales, tales como la evaluación de la calidad, revisiones, o empleado en el entrenamiento de estudiantes. Podemos compartir información
-
-

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Políticas y Procedimientos

sobre usted con nuestros asociados de negocios, los terceros que realizan estas funciones en nuestro nombre, como necesario para obtener sus servicios.

Sus derechos sobre su información de salud

El expediente y facturas son la propiedad física de la práctica. La información contenida en ellos, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para PHI ("Aviso");
- Recibir una notificación de incumplimiento de su PHI no segura;
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a conceder la mayoría de las peticiones, pero vamos a cumplir con cualquier petición con la que estamos de acuerdo. Sin embargo, vamos a estar de acuerdo con su solicitud para que se abstengan de enviar su PHI a su plan de salud para propósitos de operaciones de pago o si en el momento en que un elemento o servicio es proporcionado a usted, usted paga en su totalidad;
- Pedimos que sea permitido para inspeccionar y copiar la información sobre usted que nosotros mantenemos en la práctica el conjunto de registros designado. Usted puede ejercer este derecho mediante la entrega de su solicitud por escrito a nuestra práctica.
- Apelar una denegación de acceso a su PHI, excepto en ciertas circunstancias;
- Solicitar que su registro de salud debe modificarse para corregir la información incorrecta o incompleta por la entrega de una solicitud escrita a nuestra práctica. Podemos negar su petición si usted pide que nosotros enmendemos información que (a) no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda), (b) no es parte de la información de salud mantenida por la práctica, (c) no es parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o (d) es exacta y completa. Si su solicitud es negada, usted será informado de los motivos de la denegación y tendrán la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que se coloca en el registro;
- Solicitar que la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos mediante la entrega de una solicitud escrita a nuestra práctica.
- Si nos involucramos en actividades de recaudación de fondos y nos contactamos con usted para recaudar fondos para nuestra práctica, usted tendrá el derecho de rechazar cualquier comunicación futura sobre recaudación de fondos;
- Obtener una lista de los casos en los que hemos compartido su información de salud con terceros, como requerido por las Reglas de HIPAA.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polizas y Procedimientos

- Revocar cualquiera de sus previas autorizaciones para usar o divulgar información entregando una revocación escrita a nuestra práctica (excepto en el caso que ya se han tomado medidas basadas en autorizaciones previas).

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Políticas y Procedimientos

Nuestras responsabilidades

La práctica requiere:

- Mantener la privacidad de su información de salud como requerido por la ley;
- Notificarlos a raíz de un incumplimiento de su PHI no segura;
- Proporcionarle un aviso ("Aviso") que describe nuestros deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos sobre usted y acatar los términos de la notificación;
- Notificar si no podemos acomodar una restricción solicitada o solicitud; y,
- Acomodar sus solicitudes razonables sobre los métodos para comunicarse con usted acerca de su información de salud y cumplir con su petición por escrito a abstenerse de divulgar su PHI a su plan de salud si usted paga por un artículo o servicio que ofrecemos a usted en su totalidad en el momento del servicio.

Nos reservamos el derecho de enmendar, cambiar o suprimir las disposiciones de nuestras prácticas de privacidad y a promulgar nuevas disposiciones con respecto a la Información Médica Protegida que mantenemos sobre usted. Si nuestras prácticas de información cambian, nosotros enmendaremos nuestro anuncio. Usted tiene derecho a recibir una copia del aviso revisado a petición por teléfono o visitando nuestro sitio web o en la práctica.

Otros usos y revelaciones de su PHI

La comunicación con la familia

- Utilizando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro familiar, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique. Compartiremos dicha información que es pertinente a su cuidado o el pago para los servicios, si no hay objeto o en una emergencia. También podemos hacer esto después de su muerte, a menos que usted nos diga antes de morir que no desea que nos comuniquemos con determinadas personas.

Notificación

- A menos que usted lo objete, podemos usar o revelar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de familia, representante personal, u otra persona responsable para su cuidado acerca de su ubicación, su condición general o su muerte.

Investigación

- Podemos revelar información a los investigadores si una junta de revisión institucional ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la confidencialidad de su PHI. También podemos revelar su información si los investigadores requieren sólo una parte limitada de su información.

Socorro en Casos de Desastre

- Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polízas y Procedimientos

Organizaciones de Obtención de Órganos

- Consistente con la ley aplicable, podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, conservación o trasplante de órganos para la donación de tejidos y trasplante.

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polizas y Procedimientos

Intercambio de Información CORHIO

Rocky Mountain Primary Care respalda, apoya y participa en el intercambio electrónico de información de salud (HIE) como un medio para mejorar la calidad de la experiencia de su salud. HIE nos proporciona una manera de compartir de forma segura y eficaz de información clínica de los pacientes electrónicamente con otros médicos y proveedores de atención de la salud que participan en la HIE red. Con HIE ayuda a sus proveedores de atención de salud para compartir información de forma más eficaz y proporcionarle una mejor atención. La HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que están tratando de tener acceso inmediato a sus datos médicos que pueden ser críticos para su cuidado. Haciendo su información de salud disponible a sus proveedores de servicios de salud a través de la HIE también puede ayudar a reducir el costo: eliminando la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, puede elegir "opt-out" de la participación en el <CORHIO> HIE, o cancelar una opción opt-out, en cualquier momento. Opt-Out formularios están disponibles en todas nuestras localidades, o puede ser obtenida llamando a su proveedor de atención primaria.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.UU.

- Podemos divulgar su PHI a la FDA relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post-comercialización para permitir devoluciones, reparaciones o reemplazos.

Compensación a los trabajadores

- Si usted tiene un caso con la compensación a los trabajadores, podemos revelar su PHI en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con Compensación a los Trabajadores.

Salud pública

- Podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiro de producto; o para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que está en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Como requerido por la ley

- Podemos revelar su PHI según sea requerido por la ley, o a las autoridades públicas competentes según lo permitido por la ley a reportar abuso o negligencia.

Los empleadores

- Podemos divulgar información médica acerca de usted a su empleador si proporcionamos servicios de cuidado de salud a usted a petición de su empleador, y los servicios de salud se prestan bien para llevar a cabo una evaluación relativa a la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. En tales circunstancias, le daremos un aviso por escrito de la entrega de información a su empleador. Cualquier otra información a

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polizas y Procedimientos

su empleador se hará sólo si ejecuta una autorización específica para la entrega de información a su empleador.

El cumplimiento de la Ley

- Podemos revelar su PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (a) en respuesta a una orden judicial, citación judicial, orden judicial o proceso judicial similar; (b) para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; (c) si usted es víctima de un delito y no somos capaces de obtener su acuerdo; (d) acerca de la conducta criminal en nuestras instalaciones; y (e) en otras circunstancias limitadas de emergencia donde tenemos que denunciar un delito.

Supervisión de salud

- La ley federal nos permite divulgar su PHI a agencias de supervisión médica apropiada o para las actividades de vigilancia de la salud, tales como las auditorías estatales y federales.

Las actuaciones administrativas o judiciales

- Podemos divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo según lo permitido o requerido por la ley, con su autorización, o como dirigido por una orden apropiada de la corte.

Para las funciones gubernamentales especializadas o amenaza grave

- Podemos revelar su PHI para funciones especializadas del gobierno como autorizado por la ley para el personal de las Fuerzas Armadas, para propósitos de seguridad nacional, al personal del programa de asistencia pública, o para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad. Podemos divulgar su PHI en consistente con la ley aplicable para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Instituciones correccionales

- Si usted es un recluso de una institución correccional, nosotros podemos revelar a la institución o sus agentes la PHI necesarios para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias

- Podríamos divulgar información de salud a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podríamos divulgar información de salud acerca de nuestros pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus tareas.

Sitio web

- Puede acceder a una copia de este aviso electrónicamente en nuestro sitio web.

Otros usos y revelaciones de su PHI no descritos en este Aviso serán realizados solamente con su autorización, salvo lo permitido o requerido por la ley. La mayoría de usos y divulgación de notas de psicoterapia, usos y revelaciones de su PHI para propósitos de mercadotecnia, y las revelaciones de su PHI que constituye una venta de

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polizas y Procedimientos

PIS requerirá su autorización. Usted puede revocar cualquier autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud de revocación escrita a la práctica (como anteriormente previstas en este Aviso en "sus derechos a la información sobre salud").

Rocky Mountain Primary Care

HIPAA Polizas y Procedimientos

Para solicitar información, el ejercicio de un derecho del paciente, o presentar una queja

Si usted tiene preguntas, quisiera información adicional, quieren ejercer un derecho paciente descrito anteriormente, o cree que Usted (o alguien más) derechos de privacidad han sido violados, usted puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad en la práctica (303) 205-0113, O por escrito a nosotros a:

**Millard McQuaid
Rocky Mountain Primary Care
7625 W. 92nd Ave.
Westminster, CO 80021**

Por favor tenga en cuenta que todas las quejas deben ser presentadas por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente. También puede presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Su queja debe ser presentada por escrito, bien sea en papel o electrónicamente, por correo, fax o correo electrónico. La dirección de la oficina regional de Colorado es: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 999 18th Street, Suite 417, Denver, CO 80202; o llame al (800) 368-1019. Más información acerca de los pasos para presentar una queja puede ser encontrada en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

- No podemos y no requiere que usted renuncie a su derecho a presentar una queja ante el secretario de HHS como condición para recibir tratamiento por parte de la práctica.
- No podemos y no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja con el Secretario de HHS.

PLEASE COMPLETE THIS FORM IF: We do not have records from your previous provider(s)
 You wish to have RMPC release your records to someone else

Authorization for Release of Personal Health Information (PHI)

Must Be Completed For All Authorizations:

I hereby authorize the use and disclosure of my personal health information as described below. I understand that this authorization is voluntary, and will in no way affect treatment, payment, enrollment or benefit eligibility. I further understand that I may inspect and copy any information disclosed pursuant to this authorization. I understand that if the organization authorized to receive the information is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ SSN: _____

Person/organization providing the information:

Person/organization receiving the information:

Four horizontal lines for providing organization details.

Four horizontal lines for receiving organization details.

The purpose for this authorized release of information is: _____

At the request of the individual

I authorize the health care provider to release the information specified below to the organization, agency or individual named on this request. I specifically authorize the release of information regarding the following condition(s). If these are not marked they cannot be released.

- Drug Abuse Substance Abuse Psychological or Psychiatric conditions AIDS/HIV

Please release the following records:

- All records generated in your office
Other: _____ (Specific dates of treatment or specific description or information requested)

Are you leaving our practice? Yes No
If yes, please explain: _____

Must be Completed For All Authorizations:

- 1. I understand that this authorization will expire 90 days from the date of signature.
2. I understand that if the organization authorized to receive the information is not a health plan or healthcare provider or other entity considered a covered entity under HIPAA, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations, and that the information may be re-disclosed by the parties listed, and no longer protected.
3. I understand that Federal and State Regulations allow for a reasonable fee to be charged for the duplication of Protected Health Information, and that I may be charged a fee to copy and mail the records I am requesting.

Signature of Patient or Patient's Representative Date Printed Name of Patient or Patient's Representative

Revocation of Authorization:

I understand that authorization is voluntary and may be revoked at any time by signing below and returning to the Practice. I further understand that any such revocation does not apply to the extent that persons authorized to use and/or disclose my health information have already acted upon my previous authorization(s).

I hereby revoke this authorization, effective ___/___/___

Patient Signature (Representative) Date Printed Name of Patient (Representative)