

Nombre del Paciente _____

Número de Expediente _____

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

[Referido abajo como "UMC"]

Reconocimiento del Aviso de las Prácticas de la Información de Salud

Hemos hecho disponible nuestro aviso de las prácticas de información de salud. ¡Repase POR FAVOR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE! Usted puede obtener una copia del aviso, o puede tener acceso al aviso en línea a través del INTERNET al sitio <http://umc.ua.edu/about/hipaa-notice/>.

El aviso explica cuando podemos usar/divulgar su información de salud, e incluye algunos de los ejemplos siguientes:

- Cuándo usted nos da permiso de divulgar su información de salud
- Para ayudar con su tratamiento o para personas involucrados en el cuidado de su salud o el pago para eso
- Para ayudarnos u otro profesionales de la salud a conseguir los pagos para los servicios que se le proporciono
- Para mejorar nuestras operaciones del cuidado médico
- Para empresas de las cuales contratamos para proporcionar apoyo administrativo, pero solo si hay un acuerdo en escrito a mantener su información privado
- A las agencias de la salud pública, a las agencias gubernamentales o a otros entidades o personas cuando es requerido o autorizado por la ley o permitido para por el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El aviso también explica algunos de sus derechos bajo HIPAA, incluyendo pero no limitado a su:

- Derecho a pedir que su información no sea divulgada a ciertas personas
- Derecho a restringir revelaciones de su información personal de salud a su plan de salud cuando paga por completo por su cuidado o procedimiento
- Derecho a solicitar que nos comuniquemos de otra manera con usted para asegurar su privacidad
- Derecho a ver u obtener una copia de la mayoría de su información de salud en nuestros registros
- Derecho a solicitar que se corrija información de su salud en nuestro registro que esta incorrecto o engañosa
- Derecho a que se le notifique si hay un incumplimiento de su información de salud
- Derecho a tener que decirle a quien le hemos divulgado su información de salud
- Derecho de hacer una queja con nuestro Oficial de Aislamiento o la Secretaria del Departamento de Salud de los Estados Unidos y de los Servicios Humanos de la Privacidad.

Reconozco que me han dado una oportunidad de repasar este aviso de las prácticas de la Información de Salud de este Centro Medico, que yo entiendo que tipo de información contiene el Aviso, que tengo derecho a una copia personal del Aviso, y que una copia está disponible para mí.

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del representante del paciente: _____

Relación del paciente/descripción de la autoridad a actuar por el paciente: _____

FOR UMC USE ONLY:Date Notice Made Available: _____ Notice Delivered: __in person__mail__electronic Acknowledgement Signed? __Yes__No
Why Acknowledgement Not Signed: __patient refused__patient failed to return__emergency__other_____*Signed copy of Acknowledgement should be filed in Patient's Record*