



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro compromiso en Lone Star Cardiovascular Institute es brindar a nuestros pacientes un servicio profesional y de calidad, asegurando en todo momento la privacidad y seguridad de toda la Información de Salud Protegida (PHI). En el proceso de brindarle atención, puede ser necesario compartir información con otros proveedores de atención médica o asociados comerciales. A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que la información puede ser compartida:

- Durante el tratamiento, puede ser necesario obtener análisis de laboratorio.
- Durante las operaciones de atención médica, puede ser necesario obtener una segunda opinión.
- Para fines de pago, puede ser necesario compartir expedientes médicos, notas de progreso, informes quirúrgicos, entre otros.
- Para fines de cobranza, podemos utilizar los servicios de una agencia de cobranza externa.

Lone Star Cardiovascular Institute y su personal están comprometidos a cumplir con todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales relacionadas con las prácticas de privacidad. Si se requieren otros usos o divulgaciones distintos a los mencionados anteriormente, la información solo será divulgada con la autorización escrita del paciente. El paciente, conforme a la ley, puede revocar dicha autorización en cualquier momento.

Entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, Lone Star Cardiovascular Institute crea y mantiene expedientes médicos y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan futuro de atención o tratamiento.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento (puede solicitar una copia a la recepción si desea revisarlo). Entiendo que la organización se reserva el derecho de modificar este aviso y sus prácticas, y que antes de implementar cualquier cambio, se me enviará una copia del aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de oponerme al uso de mi información médica para fines de directorio. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (incluyendo evaluación de calidad, mejora de servicios, suscripción, clasificación de primas, revisión médica, servicios legales, auditorías, entre otros), y que la organización no está obligada a aceptar dichas restricciones.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya se haya realizado una divulgación basada en mi consentimiento previo. Este consentimiento se otorga libremente con el entendimiento de que:

1. Todos los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados por razones distintas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Una copia fotostática o por fax de este consentimiento tiene la misma validez que el original.
3. Tengo el derecho de solicitar que se restrinja el uso o la divulgación de mi Información de Salud Protegida utilizada para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que tanto la práctica como yo debemos acordar por escrito cualquier restricción solicitada, y que podemos acordar por escrito la terminación de cualquier restricción previamente establecida.
4. He leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad anterior.

Fecha: _____

Paciente: _____
Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)