

INNOVATIVE THERAPY GROUP
&
TYLER SPEECH IMPROVEMENT SERVICES

401 E Front, Suite 123

Tyler, TX 75702

Fax: 903-531-2451

Tel: 903-531-2581

innovativetherapygroup@gmail.com

Fecha:

Querido/a: _____

Gracias por escoger Innovative Therapy Group. Encerrado encontrará una forma del historial clínico del niño, nuestra forma de la política de la oficina, forma de la autorización paciente y una forma de liberación de archivos. Por favor complete, firme y tráigales con usted a la cita inicial de _____ en _____. El aviso de prácticas de privacidad es para usted lo mantenga.

Estamos ubicados en el edificio Fountain Square en Front Street en el este de Broadway. Espero conocerlo a usted y a _____.

Sinceramente,

Innovative Therapy Group

401 E. Front, Suite 123

Tyler, TX 75702

Fax: 903-531-2451 Tel: 903-531-2581 innovativetherapygroup@gmail.com

Historia del Paciente

Date: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Paciente vive con: _____

Correo electrónico de padre: _____

Numero de Cell: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Nombre de Madre: _____ **Edad:** _____

Dirección: _____

Ocupación de Madre: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre de Padre: _____ **Edad:** _____

Dirección: _____

Ocupación de Padre: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre de Guardián: _____ **Edad:** _____

Dirección: _____

Ocupación de Guardián: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

Nombre a todos los niños en la familia del mayor a menor

Nombre	Edad	Sexo	Grado en Escuela	Salud General

¿Alguien más en la familia tiene problemas en el habla, lenguaje, problemas de audición, problemas de coordinación motora, escritura, o de comportamiento?

Sí No

En caso si, por favor describa: _____

¿Quién lo refirió para la evaluación? _____

Pediatra del niño o doctor de familia _____

Dirección: _____

Otros médicos que tratan al niño(a): _____

¿Ha tenido el niño cualquier prueba o terapia previa en relación del habla, lenguaje, problemas de audición, la coordinación, la escritura, o problemas de comportamiento?

Sí No

En caso sí, nombre de la agencia y fecha de prueba: _____

(Por favor solicitar que las copias de todos los resultados sean enviados a nuestra oficina)

¿Para que trae a su hijo(a) a la oficina hoy?

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso del niño al nacer: _____ ¿Era el niño termino completo? __ Sí __ No

En caso no, cuantas semanas gestación: _____

Existen factores excepcionales relacionados con el embarazo ¿(tales como toxemia, rayos x tratamientos, Rh negativo, sarampión alemán, otras enfermedades, drogas o medicamentos, anteriores abortos)? __ Sí __ No

En caso si, por favor describa:

Tipo de nacimiento:

__ Normal __ Inducido __ Fórceps __ cesárea __ cesárea de emergencia __ cesárea programada __ prematuro; ¿Cuántas semanas _____?

¿Longitud de nacimiento? _____

¿Existen deformidades o malformaciones observadas en el momento del nacimiento (como " piel azul", la ictericia, la forma anormal de la cabeza)? __ Sí __ No

En caso si, por favor describa: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

¿En la primera infancia, el niño tenía problemas de alimentación (como el mal control de la succión, alergias a los alimentos, forma anormal de la cabeza, trastornos digestivos)? __ Sí __ No

En caso si, por favor describa: _____

Dar las edades de desarrollo de los siguientes comportamientos:

Sosteniendo la cabeza _____

Caminar: _____

Rodar sobre _____

Alimentar solo: _____

Sentar sin apoyo _____

Alimentación con utensilios: _____

Comer alimentos sólidos _____

Vestirse solo: _____

Gatear: _____

Control de la vejiga/del intestino: _____

Estar de pie solo(a) _____

¿Sientes que el niño era tarde o tenían dificultades en el desarrollo de estos comportamientos? __ Sí __ No

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

HISTORIA MEDICO

Fecha y tipo del último examen médico: _____

Dar las edades por cualquiera de las siguientes enfermedades de la infancia:

La tos ferina: _____

Neumonía: _____

Las paperas: _____

Varicela: _____

El sarampión: _____

Tonsilitis: _____

Fiebre reumática: _____

Otro: _____

¿Hubo complicaciones con cualquiera de los anteriores, tales como alta/fiebres persistentes, convulsiones o debilidad muscular persistente? Sí No

En caso si, por favor explique: _____

¿Es el niño(a) sujeto a frecuentes resfriados, dolores de garganta? Sí No

¿El niño(a) ha tenido alergias, fiebre del heno, etc.? Sí No

¿El niño(a) tiende a respirar con la boca abierta? Sí No

¿El niño(a) ha tenido operaciones? Sí No

En caso si, por favor describa: _____

¿Tiene el niño tenía las amígdalas y los adenoides eliminado? Sí No

En caso sí, ¿cuándo?: _____

¿El niño ha tenido algún problema de orejas (como el dolor de oído, infección, ejecutando las orejas, evidencia de pérdida de la audición)? Sí No

En caso si, por favor describa: _____

¿El niño(a) ha tenido la audición probado? Si No

En caso sí, ¿cuándo? _____ Resultados: _____

¿El niño(a) a tenido la colocación de tubos de timpanostomía insertado? Sí No

En caso sí, ¿Cuándo?: _____

En caso sí, ¿el niño(a) todavía tiene los tubos insertado? Sí No

¿El niño(a) jamás a puesto gafas o tenido dificultad con los ojos? Sí No

En caso si, por favor describa: _____

¿Tiene el niño(a) algún problema dental? Sí No

En caso si, por favor describa: _____

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

¿El niño ha visto un especialista por cualquier motivo? __ Sí __ No

En caso si, por favor explique:

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

HISTORIA EDUCATIVA

Escuela corriente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Grado: _____ Maestro(a): _____

¿El niño(a) atendió la guardería?: Sí No

En caso sí, ¿Cuándo? De edad: _____ a edad _____

¿A cuál edad asistió el niño(a) Kínder? _____

¿Le gusta al niño(a) la escuela? Sí No

¿Le gusta al niño(a) la maestra(o)? Sí No

Describir el rendimiento escolar (nota áreas fuertes y débiles)

¿El niño(a) asiste a cualquiera clase especial (tales como terapia del habla, el desarrollo del lenguaje, la lectura, la sala de recurso, la educación especial aula)?

Sí No

En caso si, por favor describa:

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

COMPORTAMIENTO DIARIO

¿En general, adonde juega el niño(a)? _____

¿Ay niños que están cerca de la edad del niño en el barrio? __ Sí __ No

¿El niño(a) prefiere jugar solo(a)? __ Sí __ No

¿El niño(a) prefiere jugar con niños que son mayores o menores que el(a)? _____

¿El niño(a) tiene un mejor amigo? __ Sí __ No

¿Cuáles son tus más frecuentes problemas de disciplina con el niño(a)?

¿Quién hace la disciplina? _____

¿Qué hace el niño(a) bien?

¿Que tiene el niño(a) problemas haciendo?

¿El niño(a) tiene problemas concentrándose? _____

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

HISTORIA COMUNICATIVA

¿Es comprensible el discurso del niño a usted? ___ ¿a amigos? ___ ¿desconocidos? ___

¿A otros miembros de la familia? ___

Lista de sonidos o palabras que el niño tiene problemas para decir

¿Cómo se compara el niño con hermanos en el desarrollo del lenguaje?

¿El niño utiliza palabras de maneras significativas para su edad? ___ Sí ___ No

Dar ejemplos de oraciones que el niño utiliza por sí mismo (no frases que se repiten después de usted)

¿A qué edad el niño(a) balbuceo? _____ ¿Dijo las primeras palabras? _____

¿Unió dos palabras en una frase? _____ ¿Uso oraciones de tres palabras? _____

¿El niño(a) parece entender direcciones? ___ Sí ___ No

¿El niño prefiere utilizar la voz o gestos al comunicarse?

¿Tiene más preguntas?

Firma de Paciente o Padre/Guardián

Relación a Paciente

Fecha

Persona llenando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

INNOVATIVE THERAPY GROUP

&

TYLER SPEECH IMPROVEMENT SERVICES

Póliza de Oficina

Por favor lea e inicial de cada sección de la oficina política que indica que ha leído y acepta cumplir con cada declaración.

POLIZA DE ASISTENCIA	Iniciales de Padre
<p><i>Cada terapeuta en Innovative Therapy Group está en la práctica privada y no consigue pago por citas perdidas. Gracias por su comprensión y cooperación.</i></p>	
<p>1. Se espera que todas las citas sean acudidas como programado. Las sesiones deben siendo y final en los tiempos previstos. No hay provisión para ampliar sesiones para acomodar la llegada tardía.</p>	
<p>2. Para que los niños se beneficien de los servicios prestados, su asistencia constante es esencial. Desarrollo óptimo ocurre cuando los niños son atendidos en el recetado de frecuencia. Esto es especialmente importante si su hijo se ve sólo una vez a la semana o menos.</p>	
<p>3. “No mostrar”: La cita de su hijo está reservado para él/ella. Hacemos un esfuerzo para prepararnos para esa cita. Se trata de un "acto de cortesía" para llamar si usted será incapaz de mantener su cita. Llame tan pronto como usted sabe que no puede mantener la cita. Dos “no mostrars” en un mes pondrá a su hijo en riesgo para el alta de terapia o tener el nombre de su hijo(a) en la parte inferior de la lista de espera.</p>	
<p>4. La participación paternal en la sesión de la terapia se puede requerir en la discreción del terapeuta. Si es necesario para usted irse, los padres de los niños de edad de escuela pueden dejar la oficina brevemente. Por favor notifique al terapeuta que estará lejos de la oficina. Esté sin falta que tenemos la información siguiente antes de que se vaya.</p> <p>a. Su número de teléfono celular y que usted tiene su teléfono. b. Adónde va a estar en caso no podemos localizarlo por teléfono.</p> <p>Por favor regrese 15 minutos antes del final de la sesión de su niño. Considere el trafico antes de que se vaya.</p>	
<p>5. Cancelaciones: Las cancelaciones deben ser 24 horas antes de la fecha programada, excepto en caso de enfermedad o emergencia. Todas las sesiones canceladas son para ser reprogramados si es posible. Después de tres cancelaciones en dos meses puede ser retirado de la lista permanente de citas y tendrá que fijar un nuevo calendario con su terapeuta.</p>	
<p>6. Cancelaciones del Terapeuta: Si un terapeuta debe cancelar una sesión, el cliente no se prevé que el período de sesiones. Si el padre solicita una visita, el terapeuta hará todo lo posible para hacerlo. A veces le preguntaremos si usted está dispuesto a entrar en una nueva visita programada debido a nuestra ausencia. Es su decisión si desea hacerlo o no.</p>	
<p>7. Días festivos: las visitas perdidas debido a días festivos no requieren ser reprogramados.</p>	

Vacaciones: Si usted está tomando unas vacaciones, por favor, avísenos antes de tiempo.	
<i>POLIZA DEL AREA DE ESPERA</i>	
8. Los niños en la sala de espera deben estar acompañado por un adulto en todo momento. No somos responsables de los niños desatendidos en nuestra área de espera. No podemos vigilar a los niños que están esperando antes o después de sus sesiones de tratamiento.	
9. Por favor tenga hijos/hermanos en el área de espera y fuera de las salas de terapia, pasillo o espacio de oficina.	
10. Por favor, hagan su parte para mantener el ruido al mínimo en el área de espera. Ruido excesivo en la zona de espera es una distracción para aquellos en las salas de tratamiento.	
11. Por respeto a los demás, por favor NO USE su teléfono celular en la sala de espera o salas de terapia. Si necesita usar su teléfono puede entrar en el pasillo exterior o área de entrada. Los teléfonos móviles deberán estar apagados antes de entrar en las salas de terapia.	
<i>POLIZA DE PAGO</i>	
12. Todos los co-pagos y los pagos privados deben ser pagados cuando los servicios son dados. Esto guarda su cuenta total manejable para usted.	
13. Tenga en cuenta que, aunque estamos presentando con su compañía de seguros/Medicaid, en última instancia, la responsabilidad por el pago de los servicios prestados recae sobre los padres, si la compañía de seguros rechazar el pago por cualquier motivo.	
14. Es esencial que nuestra oficina sea informada inmediatamente de cualquier cambio del seguro incluso transferencias de una Medicaid HMO (TMHP, Amerigroup, Superior) o Chip (Superior, Molina) al otro. La nueva tarjeta de seguros debe ser proporcionada para prevenir desmentidos de reclamaciones. El fracaso de informar la oficina puede causar el desmentido de la reclamación en cuyo caso el padre/cuidador es responsable del pago.	
15. Por favor, discuta cualquier preocupación que usted pueda tener sobre los pagos de visitas con nosotros. Muchos problemas pueden resolverse fácilmente. Haremos todo lo posible para ayudarle.	
<i>COSTO DE MATERIALES</i>	
16. La mayor parte de materiales usados para el tratamiento son proporcionados gratis al paciente. Sin embargo, hay algunos instrumentos de la terapia que deben ser comprados por los padres. Estos instrumentos son vendidos a un coste.	

Suzanne Krause Andrea Nash Cindy Lee Carrie Yates Rivkah Cohen

Michele Shieldes Brandi Little Karen Miller Liz Olivier

He leído, entiendo y consiento en cumplir con esta política de la oficina

Firma de padre/cuidador

Fecha

INNOVATIVE THERAPY GROUP
TYLER SPEECH IMPROVEMENT SERVICES
401 E. Front St., Suite 123 Tyler, TX 75702

Fax: 903-531-2451 Tel: 903-531-2581 innovativetherapygroup@gmail.com

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida
Información de Paciente

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección

Yo, _____ autorizo los siguientes proveedores a usar y/o revelar información de salud protegida o educativo con respecto a mi hijo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres usados por el niño: _____ Nombre de facilidad: _____

Nombre y dirección del médico autorización para: autorización para: <input type="checkbox"/> Enviar o revelar información de salud protegida <input type="checkbox"/> Enviar or revelar informacion educativa <input type="checkbox"/> Otro	Nombre y dirección de la facilidad <input type="checkbox"/> Recibir/usar informacion de salud <input type="checkbox"/> Innovative Therapy Group
---	---

Propósito de divulgación SLP, OT, y/o PT

Yo entiendo que

Esta Autorización es voluntaria y yo podría negarme a firmar esta autorización sin afectar mi cuidado o en el pago de mi cuidado.

Tengo el derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como de inspeccionar o copiar toda la información para ser usada y/o revelada en virtud de esta autorización (si está permitido por la ley estatal y federal. Ver 45 CFR 164.524)

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a Innovative Therapy Group por escrito tal como se establece en el aviso de prácticas de privacidad. Sin embargo, no afectará a las medidas adoptadas antes de la revocación fue recibido o acciones tomadas en base al respecto, o si la autorización fue obtenida como una condición para obtener la cobertura de seguros y demás legislación aplicable establece la aseguradora con el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza.

Innovative Therapy Group se compromete a mantener la confidencialidad de mi información protegida de salud; sin embargo, si la persona u organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud, centro de salud o proveedor de atención médica, la ley federal (HIPPA) requiere que tenga en cuenta que información usada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser sujeta a divulgación re y ya no puede estar protegido por reglas HIPPA.

Doy mi consentimiento para el uso/divulgación de la información anterior. Entiendo que está prohibido el uso de esta información por cualquier motivo que no sea el expresado anterior. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, esperar en la medida en que se han tomado medidas basadas en la información que ya ha sido revelada.

Nombre de paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Padre o Representante Legal

Relación a Paciente:

Padre/Guardián

Nombre de Padre o Representante Legal

Tribunal designado guardián _____ Procuración

Otro: _____

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Este aviso es actual y efectiva como de 2-14-2014.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Yo, _____, reconozco que he recibido una copia de Innovative Therapy Group's ("Proveedor") Aviso de Prácticas de Privacidad que resume las formas mi información médica puede ser usada y revelada por el proveedor y afirma mis derechos con respecto a mi información de salud que está protegida. Entiendo que el Proveedor tiene el derecho a revisar estas prácticas de información y modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad. He sido informado de que en el evento de que el proveedor cambia su Aviso de Prácticas de Privacidad, el aviso revisado será publicado en una ubicación conveniente y que yo pueda obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento de la oficina administrativa. Entiendo que no tengo que firmar esta forma a fin de asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier revelación de la información lleva con ello el potencial para una nueva revelación no autorizada y la información no puede ser protegido por reglas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información de salud, me puedo poner en contacto con el Contacto de Intimidad o el Oficial de Intimidad, como puesto en una lista en el Aviso de Prácticas de Intimidad.

Firma de Paciente

Fecha

Testigo

Firma de Representante Legal

Nombre Impreso de Representante

Relación al Paciente (Padre,
Guardián, etc.)

Fecha

Testigo

S.C Krause & Associates, LLC

DBA

INNOVATIVE THERAPY GROUP

TYLER SPEECH IMPROVEMENT SERVICES

401 E. Front, Suite 123

Tyler, TX 75702

Fax: 903-531-2451

Tel: 903-531-2581

innovativetherapygroup@gmail.com

Autorización de Paciente

Por favor inicial y signo y fecha

Definición de "YO," "yo," y "mi" significa el padre/madre/tutor. "Clínica" significa Tyler Speech Improvement Services y Innovative Therapy Group.

_____ Certifico que la información que di en la solicitud del pago de Medicaid/Medicare seguro es correcta. Irrevocablemente asigno y transfiero a la clínica todas ventajas de seguros de Medicaid/Medicare que cubren los servicios de la clínica para el pago de servicios dados. Entiendo que es mi responsabilidad de cumplir con todas las estipulaciones de la pre certificación y que soy responsable de cualquier co-pago de seguro médico y deducibles.

_____ Entiendo que la cobertura de seguros no es una garantía de pago y estoy de acuerdo que soy por último responsable del pago por servicios dados en la clínica. Cumpliré la política del pago de la clínica.

_____ Entiendo que la oficina debe ser informada inmediatamente de cualquier cambio del seguro incluso transferencias de una Medicaid HMO (TMHP, Amerigroup, Superior o CHIP (Superior, Molina) al otro. La nueva tarjeta de seguros debe ser proporcionada para prevenir desmentidos de reclamaciones. El fracaso de informar la oficina puede causar el desmentido de la reclamación en cuyo caso el padre/guarda es responsable del pago

Firma de Padre/Guardián

Relación

Fecha

S.C. Krause and Associates, LLC
Tyler Speech Improvement Services
Innovative Therapy Group
Aviso de prácticas de privacidad
401 E. Front St Suite 123
Tyler, TX 75702
www.innovativetherapygroup.com

Su información. Sus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y cómo puede conseguir el acceso a esta información. **Por favor examínelo con cuidado.**

Peggy McCarty, Oficial de Privacidad

903-531-2581

**SUS DERECHOS SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA
INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Obténgala. Usted puede solicitar ver u obtener una copia de su archivo médico y otra información médica. Si desea una copia, es posible que tenga que presentar una solicitud por escrito y pagar el costo de la copia y del correo. En la mayoría de los casos, se le deben dar las copias dentro de los 30 días.

Contrólela. Usted puede pedir que se cambie cualquier información incorrecta de su archivo o que se agregue información a su archivo si usted piensa que falta algo o que la información no está completa. Por ejemplo, si usted y su hospital coinciden en que el archivo tiene un resultado erróneo de un análisis, el hospital debe cambiarlo. Incluso si el hospital considera que el resultado del análisis es correcto, usted igual tiene derecho a que se indique en el archivo que usted no está de acuerdo. En la mayoría de los casos, el archivo debe ser actualizado dentro de los 60 días.

Sepa quién la ha visto. Por ley, la información sobre su salud puede utilizarse y darse a conocer por razones específicas que no están directamente relacionadas con su atención, como garantizar que los médicos den una buena atención, garantizar que los hogares de ancianos estén limpios y sean seguros, informar sobre la presencia de gripe en su zona o presentar los informes exigidos por la ley estatal o federal. En muchos de estos casos, usted puede averiguar quién ha visto la información sobre su salud.

Usted puede:

- **Saber cómo su médico o la compañía de seguro médico usan e intercambian la información sobre su salud.** Por lo general, la información sobre su salud no puede utilizarse sin su permiso para fines que no estén directamente relacionados con su atención médica. Por ejemplo, su médico no puede comentársela a su empleador, o revelarla para fines de mercadeo y publicidad sin su autorización escrita. Probablemente usted recibió un aviso que le dice cómo su información médica puede ser usada en su primera visita a un proveedor de servicios médicos nuevo o cuando usted tenga un nuevo seguro médico, pero en cualquier momento usted puede pedir otra copia.
- **Informar a sus proveedores o compañías de seguros médicos si hay información que usted no quiere revelar.** Usted puede pedir que la información sobre su salud no sea revelada a ciertas personas, grupos o empresas. Si usted va a una clínica, por ejemplo, usted puede pedirle al médico que no dé a conocer su historia clínica a otros médicos o al personal de enfermería de la clínica. También, usted puede pedir otro tipo de restricciones, pero ellos no siempre tienen que estar de acuerdo con lo que usted pide, sobre todo si eso pudiera afectar su atención médica. Finalmente, usted puede pedirle a su proveedor de atención médica o a su farmacia que no informen a su compañía de seguro médico acerca de la atención o los fármacos que recibe, siempre que usted sea quien paga la atención o los fármacos en su totalidad y que el proveedor o la farmacia no necesiten recibir ningún pago por parte de su compañía de seguros.
- **Solicitar que no lo contacten en su casa sino en otro lugar.** Usted puede hacer peticiones razonables, como que lo contacten en distintos lugares o de otra manera. Por ejemplo, usted puede pedir que el personal de enfermería lo llame a su oficina y no a su casa o que le envíe la correspondencia en un sobre y no en una tarjeta sin sobre.

Si usted piensa que le han denegado sus derechos o que la información sobre su salud no está protegida, usted tiene el derecho de presentar una reclamación a su proveedor, compañía de seguro médico o al Department of Health and Human Services de Estados Unidos.

Para saber más, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/.

EN QUÉ CONSISTE EL AVISO EXIGIDO POR LA LEY HIPAA DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

1. Obtenga una copia del Aviso de prácticas de confidencialidad.

Cuando consulte a un médico, se atienda en un hospital, comience a surtir sus recetas en una farmacia o cambie su cobertura de seguro médico, es probable que se le entreguen varios formularios, que deberá leer y firmar. Uno de esos formularios (llamado Aviso de prácticas de confidencialidad) explica los derechos que usted tiene con respecto a la información sobre su salud e indica cómo puede utilizarse o compartirse la información sobre su salud. La mayoría de los médicos deben entregarle ese Aviso en su primera cita, y la mayoría de los planes de salud deben hacerlo en el momento en que usted se inscribe. Asimismo, es posible que una copia del Aviso se exhiba en un lugar visible y fácil de encontrar en el consultorio del médico, la farmacia o el hospital, que su compañía de seguro médico se la envíe por correo, o que se publique en el sitio web del médico o la compañía de seguro médico. Si no puede encontrarla, solicítela. Su proveedor de atención médica o compañía de seguro médico debe entregársela a quien la solicite.

2. Lea el aviso

El Aviso explica:

- de qué manera su proveedor de atención médica o compañía de seguros tiene permitido usar o compartir información sobre su salud;
- sus derechos de confidencialidad, que incluyen su derecho a obtener una copia de su archivo médico, a revisarlo, a pedir que sea corregido y a quejarse si considera que ha habido alguna violación de sus derechos de confidencialidad;
- el deber legal de su médico o compañía de seguros de proteger la información sobre su salud;
- a quién contactar para obtener más información acerca de las políticas de confidencialidad de su médico o compañía de seguros.

3. Haga preguntas acerca del Aviso o de sus derechos.

El Aviso debería ayudarlo a comprender sus derechos de confidencialidad. Si la información contenida en el Aviso no es clara, pídale a su proveedor de atención médica o a su plan de salud que se la explique. También puede obtener más información en www.hhs.gov/ocr/privacy/.

4. Sepa qué está firmando.

La ley exige que su médico, hospital u otro proveedor de atención médica soliciten una prueba por escrito de que usted ha recibido el Aviso de prácticas de privacidad, o lo que ellos podrían llamar un “acuse de recibo”. La ley no exige que usted firme el formulario de accuse de recibo.

- Si usted decide no firmarlo, su proveedor deberá conservar una constancia de que no ha obtenido su firma, pero aun así deberá proporcionarle tratamiento.

- Si usted decide firmarlo, no estará renunciando a ninguno de sus derechos ni aceptando que se haga ningún tipo de uso especial de sus registros médicos. Simplemente estará indicando que ha recibido el Aviso.

Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy

COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA CON FAMILIARES Y AMIGOS

¿Qué pasa si usted desea divulgar la información sobre su salud a un familiar o a un amigo?

La ley HIPAA exige que la mayoría de los médicos, personal de enfermería, hospitales, hogares de ancianos y otros proveedores de atención médica resguarden la confidencialidad de la información sobre su salud. Sin embargo, si usted no se opone, un proveedor de atención médica o un plan de salud pueden divulgar en ciertas circunstancias información relevante a sus familiares o amigos involucrados en su atención médica o en el pago de su atención médica.

Cuándo se puede divulgar su información médica

- Según la ley HIPAA, su proveedor de atención médica puede divulgar su información personalmente, por teléfono o por escrito. Un proveedor de atención médica o plan de seguro médico puede divulgar información relevante si:
- Usted le da permiso a su proveedor de atención médica o a un plan de seguro médico para divulgar la información.
- Usted está presente y no se opone a divulgar la información.
- Usted no está presente, y el proveedor determina basándose en su criterio profesional que la divulgación es para su bien.

Ejemplos:

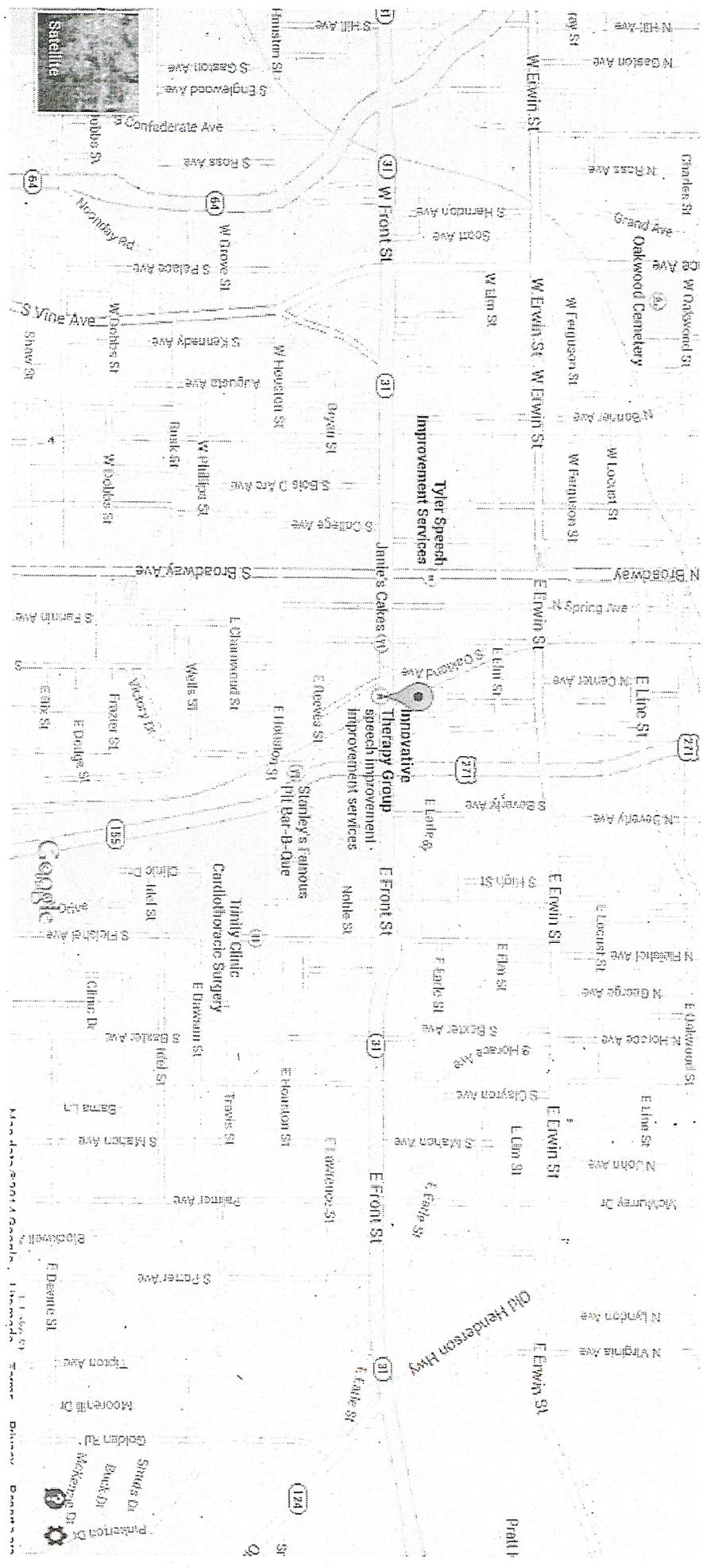
- Un médico del consultorio de emergencia puede discutir su tratamiento en presencia de su amigo cuando usted le pida a su amigo que entre en el consultorio.
- El hospital puede discutir su factura con su hija, que está con usted y tiene una pregunta sobre los gastos facturados, si usted no se opone.
- Su médico puede discutir las medicinas que usted debe tomar con el asistente de salud que ha venido con usted a la visita médica.
- El personal de enfermería no puede discutir su estado de salud con su hermano si usted le dice que no lo haga.
- La ley HIPAA también permite a los proveedores de atención médica entregar medicinas recetadas, suministros médicos, radiografías y otros artículos medicinales a un familiar, amigo u otra persona que usted haya enviado para que los recoja.

Un proveedor de atención médica o un plan de seguro médico puede también divulgar información relevante si usted no está presente o no puede dar permiso cuando el representante de un proveedor de atención médica o de un plan considera, según su criterio profesional, que la divulgación de la información es para su bien.

Ejemplos:

- Usted fue sometido a una cirugía de urgencia y aún está inconsciente. El cirujano puede hablar sobre su estado con su cónyuge, ya sea en persona o por teléfono, mientras usted está inconsciente.
- Su médico puede discutir sus medicinas con su proveedor, que llama a su médico para preguntarle sobre la dosificación correcta.
- Un médico no puede hablar con su amigo sobre un problema médico anterior que no está relacionado con su estado actual.

Para más información sobre la divulgación de la información sobre su salud con sus familiares y amigos o para más información sobre HIPAA, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/index.html.



Tyler Speech Improvement Services

Innovative Therapy Group speech improvement services



Map data ©2014 Google, Imagery ©2014 Google

Street View