



BEAR
302-544-5421

DOVER
302-264-9770

WILMINGTON
302-777-5551

BILLING
856-422-9234

Declaración de derechos de privacidad del paciente :

Como paciente de Now Care LLC, tiene derecho a la privacidad de su información de salud y a saber que dicha información se mantendrá adecuada y rigurosamente en esta práctica de acuerdo con nuestra propia política y de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud del 1996 (HIPAA), HIPAA fue habilitada para brindarle a usted, el paciente, de un proveedor de atención médica y cubierto por un reclamo de seguro medico, más control sobre su información médica, para establecer límites en el uso y divulgación de registros medicos, establecer y salvaguardar que el proveedor de atención médica y otros que deben hacer para proteger la privacidad de su información médica personal y responsabilizar a los infractores, con las sanciones apropiadas por la violación del derecho a la privacidad del paciente.

Como paciente de esta práctica:

1. Tiene derecho a recibir una notificación por escrito y entregada individualmente de sus derechos de privacidad en el momento de su primera visita a esta práctica. (El documento que está leyendo es ese aviso).
2. Tiene derecho a ver sus registros médicos.
3. Tiene derecho a recibir una copia de sus registros médicos (los formularios están disponibles a pedido). Según la asignación de HIPAA, el cargo será de \$1.00 por página.
4. Tiene derecho a hacer una enmienda a la información de salud en sus registros medicos (los formularios están disponibles a pedido).
5. Si bien el medico tiene derecho a negar la inclusion de enmiendas en el expediente de un paciente, usted tiene derecho a no estar de acuerdo con la negativa del medico a incluir la enmienda en esos registros (los formularios están disponibles a pedido). Si el Doctor no está de acuerdo, le enviará una notificación por escrito de dicho desacuerdo.
6. El medico tiene derecho a refutar el desacuerdo del paciente, pero cada vez que se envía un archivo fuera del consultorio, se debe incluir una copia de esa refutación en el archivo.
7. Tiene derecho a especificar cómo se restringe el acceso a su información médica y a quién.
8. Tiene derecho a indicar el método y/o números de teléfono y/o direcciones a las que se enviaran las comunicaciones escritas o telefónicas.
9. No se entregará información médica a ninguna entidad no relacionada con su tratamiento y/o facturación, sin su autorización por escrito.
10. Tiene derecho al mayor esfuerzo de Now Care LLC para mantener la seguridad de la información de su salud dentro y fuera de la oficina.
11. Now Care LLC proporcionará información de salud a las partes requeridas sobre la base del estándar mínimo necesario de divulgación (divulgando solo la información necesaria para que esas partes brinden tratamiento, reembolso o servicios administrativos en su nombre) y para mantener la intención de HIPAA al establecer ese estándar.
12. Tiene derecho a consultar en esta oficina y obtener la respuesta correcta y adecuada a cualquier pregunta relacionada con sus derechos de privacidad en cualquier momento, de conformidad con los derechos cubiertos por HIPAA. Esto se puede hacer, comunicándose con la Oficial de HIPAA designada por Now Care LLC, Patti Colello. Puede hacerlo llamando al (856) 422-9234 o enviando correspondencia por escrito a Now Care LLC, 365 Juniper St, Marlton, NJ. 08053.
13. Tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles que administra HIPAA, si tiene preguntas o para presentar una solicitud al número gratuito: 1-877-696-6771 o por correo electrónico a www.hhs.gov/oor.com. Si tiene alguna pregunta sobre la política de privacidad de Now Care LLC, no dude en consultarnos. Estaremos encantados de explicar todo lo contenido en este aviso con más detalle.

Declaración del paciente sobre el recibo de la declaración de derechos de privacidad:

Por la presente, reconozco haber recibido la Declaración de derechos de privacidad de Now Care LLC, proporcionada en mi nombre y de acuerdo con la ley, y he leído y comprendido mis derechos a la privacidad y seguridad de la información médica personal, como paciente de esta práctica.

Afirmado,

Nombre del Paciente



Firma del Paciente

BEAR
302-544-5421

DOVER
302-264-9770

WILMINGTON
302-777-5551

BILLING
856-422-9234

Fecha