

OTROS USOS Y DESCUBRIMIENTOS

Nosotros no haremos ningun otro uso o descubrimiento de su informacion de salud a menos que usted firme una "forma de autorizacion" escrita. El contenido de una "forma de autorization" esta determinada por ley federal. A veces, nosotros iniciaremos el proceso de autorizacion si el uso o descubrimiento es nuestra idea. A veces, usted podra iniciar el proceso si es su idea para que nosotros mandemos su informacion a alguien mas. Tipicamente, en esta situacion usted nos dara una forma de autorizacion completada propiamente, o usted puede usar una de nosotros.

Si nosotros iniciamos el proceso y le pedimos que firme una forma de autorizacion, usted no tiene que firmarla. Si usted no firma la autorizacion, nosotros no podemos hacer uso o descubrimiento. Si usted no firma una, usted puede revocarla a cualquier tiempo excepto si ya hemos actuado en confianza sobre el. Revocaciones deben ser escritas. Mandelas a la persona indicada como contacto de esta oficina al principio de este Aviso .

SUS DERECHOS RESPETO A SU INFORMACION DE SALUD

La ley le da muchos derechos respeto a su informacion de salud. Usted puede:

Pedimos que limitemos nuestro uso y descubrimientos para el proposito de tratamiento (excepto en tratamiento de emergencia), pago o operaciones de cuidado de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo en hacer esto, pero si estamos de acuerdo, nosotros tenemos que honrar las restricciones que usted quiere. Para pedir una restricciion, mande una peticion escrita a la persona indicada como contacto de esta oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrado al principio de este Aviso.

pedimos comunicar con usted en una manera confidencial, como llamandole por telefono al trabajo en lugar de la casa, enviandole informacion de salud a un domicilio diferente, o usando correo electronico a su direccion de correo electronico personal. Nosotros conformaremos estas peticiones si son razonables, y si usted paga por cualquier costo extra. Si usted quiere pedir comunicaciones confidenciales, mande una peticion excrita a la persona indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrada al principio de este Aviso.

pedimos ver o obtener fotocopias de su informacion de salud. Por ley, hay pocas situaciones limitadas en que podemos reusar permitirle acceso o copia. Sin embargo, por la mayor parte usted podra revisar o tener una copia de su informacion de salud dentro de 30 dias de pedimelos (o sesenta dias si la informacion esta almacenada en sitio separado). Usted podra tener que pagar por fotocopias en avance. Si le negamos su peticion, le mandaremos una explicacion escrita, y instrucciones de como recibir una revista imparcial de nuestra negacion si una esta disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extencion de 30 dias del tiempo para darle acceso o fotocopias si le mandamos una noticia escrita de la extencion. Si usted quiere revisar o obtener fotocopias de su informacion de salud, mande una peticion escrita a la persona indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrada al principio de este Aviso.

pedimos enmendar su informacion de salud si usted piensa que esta incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo, nosotros enmendaremos la informacion dentro de 60 dias desde que usted no los pida. Nosotros enviaremos la informacion correcta a las personas que sabemos que recibieron la informacion incorrecta, y a otros que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, usted puede escribir una declaracion de su posicion, y lo incluiremos con su informacion de salud con cualquiera declaracion de refutacion que escribamos. Una vez que su declaracion de posicion y/o nuestra refutacion sea incluida en su informacion de salud, lo enviaremos adelante cuando hagamos el descubrimiento permitido de su informacion de salud. Por ley, podemos tener una extencion de 30 dias para considerar una peticion para enmendar si nosotros le notificamos por escrito de la extencion. Si usted quiere pedimos enmendar su informacion de salud, mande una peticion escrita, incluyendo sus razones por la enmienda, a la persona indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrada al principio de este Aviso.

obtener una lista de los descubrimientos que hemos hecho a su informacion de salud durante los ultimos seis anos (o un periodo mas corto si usted quiere). Por ley, la lista no incluye: descubrimientos para el proposito de tratamiento, pago o cuidado de salud; descubrimientos con su autorizacion; descubrimientos incidentales; descubrimientos requeridos por ley; y otros descubrimientos limitados. Usted esta titulado a una tal lista por ano sin cobro. Si usted quiere listas mas frecuentes, usted tendra que pagar en avance. Por lo general, nosotros responderemos a su peticion dentro de 60 dias de recibirla, pero por ley podemos tener una extencion de 30 dias de tiempo si nosotros le notificamos por escrito de la extencion. Si usted quiere una lista, mande una peticion escrita a la persona indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrada al principio de este Aviso.

obtener copias de papel de esta Noticia de Practicas de Discrecion en solicitud. No importa si usted ya pudo obtenerla electronicamente o en forma de papel. Si usted quiere copias adicionales de papel, mande una peticion escrita a la persona indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrada al principio de este Aviso.

NUESTRO AVISO DE PRACTICAS DE DISCRECION

Por ley, nosotros tenemos que seguir los terminos de este Aviso de Practicas de Discrecion hasta decidir cambiarlos. Nosotros reservamos el derecho de cambiar este aviso a cualquier tiempo como permitido por ley. Si nosotros cambiamos este Aviso, las practicas de discrecion nuevas aplicaran a su informacion de salud que ya tenemos tanto como a tal informacion que generemos en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de Practicas de Discrecion, nosotros exhibiremos el aviso nuevo en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo exhibiremos en nuestro sitio electronico.

QUEJAS

Si usted cree que no hemos respetado propiamente la discrecion de su informacion de salud, usted esta libre a quejarse con nosotros o al Departamento de Salud y Recursos Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Nosotros no tomaremos represalias contra usted si usted hace una queja. Si usted quiere quejarse con nosotros, mande una queja escrita a la persona indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio, fax o correo electronico mostrada al principio de este Aviso. Si prefiere, usted puede discutir su queja in persona o por telefono.

PARA MAS INFORMACION

Si usted quiere mas informacion sobre nuestras practicas de discrecion, llame o visite la person indicada como contacto de nuestra oficina al domicilio o numero de telefono mostrada al principio de este Aviso.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Yo reconosco que recibí una copia del Aviso de Practicas de Discrecion del Dr. Gerardo Lozada.

Nombre de paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Pulse aqui para bajar los datos de la declaracion de poliza de discrecion de nuestra oficina

3432 Rainbow Blvd Kansas City, KS 66103 Telefono: (913) 432-3937 Fax: (913) 432-3862