

# Harvest Pediatrics

## Cuidado de Salud Comprensivo para Infantes, Niños y Adolescentes

### Aviso de Privacidad al Paciente

#### NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Nosotros entendemos que la información médica de usted es privada y personal. Es nuestro compromiso de protegerla. Doctores y personal hacen un registro cada vez que viene a una visita de oficina. Este aviso aplica al registro de su cuidado de Harvest Pediatrics, ya sea creado por el Doctor o otra persona del personal.

#### Estamos requeridos por ley de:

- Guardar información médica privada de usted.
- Darle este aviso describiendo nuestras obligaciones legales y privacidad práctica para información médica de usted.
- Seguir los términos del aviso que está en efecto.

#### COMO NOSOTROS PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACION MEDICA

Esta sección de nuestro aviso le explica como podemos usar y compartir su información médica de usted. En todo caso no cubierto por este aviso, nosotros obtendremos un permiso por escrito separado de usted antes de usar o compartir su información médica.

Usted podrá cancelar su permiso después notificando por escrito. Nosotros protegeremos información médica lo más que podemos bajo las leyes. A veces las leyes Estatales da más protección a información médica que las leyes Federales. A veces las leyes Federales da más protección que las leyes Estatales. En cada caso, nosotros aplicaremos las leyes que protegen su información médica.

**Tratamiento:** Nosotros usaremos y compartiremos su información para intenciones de tratamiento.

**Pagos:** Nosotros usaremos y compartiremos su información para ser pagados por su tratamientos.

**Operaciones de Cuidado de Salud:** Nosotros usaremos y compartiremos su información médica para intenciones de mejorar nuestras operaciones de cuidado de salud.

**Recordatorios de Citas:** Puede ser posible que nos pongamos en contacto con usted para recordarle un cita.

**Opciones de Tratamiento y Relaciones de sus beneficios de salud y servicios:** Puede ser posible que nos pongamos en contacto con usted en referencia a posible opciones de tratamientos, beneficios relacionados con su salud o servicios que usted desee.

**Salud Pública:** Nosotros reportaremos cierta información de medicamentos para relaciones de salud pública.

**Requerido por Ley:** A veces nosotros requerimos por ley de reportar cierta información.

**Seguridad Pública:** Es posible, y tal vez tengamos que compartir información médica de usted para prevenir o disminuir una amenaza seria para la salud o seguridad de cierta persona o del público en general.

**Médico Forense, Examinador Médico o director de Funeral:** Es posible que usemos y compartamos información médica de un paciente difunto con el médico forense, examinador médico o director de funeral.

**Donación de Organos o Tejido:** Es posible que usemos y compartamos información médica con organizaciones que manejan organos, ojos, donaciones o trasplantes de tejidos.

**Militarios, Veteranos, Seguridad Nacional y otras intenciones de Gobierno:** Es posible que usemos o compartamos información médica de usted para intenciones de seguridad nacional.

**Procedimientos Judiciales:** Es posible que nosotros compartamos información médica de usted para responder a ordenes de juzgado o citaciones solamente cuando hemos seguido procedimientos requeridos por ley.

**Cumplimiento de Ley:** Es posible que nosotros compartamos información médica de usted con la policía sin su permiso escrito.

**Miembros de Familia y Otros Envolucrados en Su Cuidado:** A menos de que usted nos notifique, es posible que compartamos información médica de usted con sus miembros de familia o otros que usted a nombrado para la ayuda de su cuidado médico.

#### SUS DERECHOS EN CUANTO A SU INFORMACION MEDICA

**Requeriendo información acerca de usted:** Usted puede buscar, o obtener una copia de información médica.

**Corrigiendo información acerca de usted:** Si usted cree que la información está incorrecta o está perdida, usted puede preguntarnos por escrito y enmendaremos su registro. No tenemos el derecho de rechazar su petición.

**Restringir como usar o compartir su información :** Usted puede preguntar por información médica acerca de usted en forma confidencial. Usted debe de decirnos por escrito la manera exacta o lugar donde nosotros podamos comunicarnos con usted.

#### Preocupaciones o Quejas?

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede contactar al oficial de Privacidad.

Linda Simas

Office Manager, Harvest Pediatrics

1100 Trancas St., suite 270, Napa, CA 94558

707-252-1076

# Harvest Pediatrics

---

## Cuidado Comprensivo de Salud para Infantes, Niños y Adolescentes

### Forma de Autorización HIPAA

#### Autorización de Paciente para la Protección de Uso y Revelar Información de Salud

Al firmar, yo autorizo a Harvest Pediatrics usar y revelar cierta información de salud privada de mis portadores de aseguranzas, otros médicos, o agencias para el cual una referencia de cuidado se a fabricado.

Esta autorización permite a Harvest Pediatrics usar y revelar la siguiente información individualmente identificable de mi, incluyendo pero no limitando fechas de servicio, tipos de servicio y diagnósticos rendidos.

Yo no tengo que firmar esta autorización para poder recibir tratamiento de Harvest Pediatrics. Yo tengo el derecho para rehusar la firma de esta autorización. Cuando mi información es usada y revelada persuadiendo a esta autorización, puede ser sujeto a revelaciones por unos de los receptores y ya no ser protegida por la Ley Federal Privada de HIPAA. Yo tengo derecho de revocar esta autorización. Mi revocación debe ser sometida por escrito al Oficial de Privacidad de Harvest Pediatrics.

Yo también reconozco que al firmar, yo autorizo a Harvest Pediatrics de dejar información de salud privada en un mensaje de voz asegurado, por ejemplo como resultados de laboratorios, o confirmación de citas.

---

Firma del Paciente or Guardian Legal

---

Relación del Paciente

---

Nombre del Paciente

---

Fecha

# HARVEST PEDIATRICS

Cuidado de Salud Comprensivo para Infantes, Niños y Adolescentes

## RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo reconozco que he recibido una copia de Harvest Pediatrics Aviso de Practicas Privada. Yo entiendo que tengo el derecho de rehusar a firmar este reconocimiento si yo escojo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante del Paciente (si aplica)

Relacion con el Paciente (si aplica)

- Padres o Tutor del menor
- Tutor asignado por la corte
- Ejecutor o Administrador del
- Poder de abogado

\*\*\*\*\*

### PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Hemos intentado obtener recibo de reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Practica Privada de la siguiente fecha, \_\_\_\_\_ el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

- Paciente/representativo rechazo de firmar
- Situacion de emergencia nos evito obtener reconocimiento en el momento ( intentaremos otra vez en otro momento)
- Barrera de comunicacion nos prohibio obtener reconocimiento (explicar) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro (especificar):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_