

Endocrinology & Diabetes Care

HIPPA Notice of Privacy Practices(HIPPA aviso de prácticas de privacidad)

This Notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.(Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.)

Please review it carefully.(Por favor, revise con cuidado.)

This notice is provided to you pursuant to the Health Information Portability and Accessibility Act of 1996 and its implementation regulations ("HIPAA"). It is designed to tell you how we may under federal law, use or disclose your health information.(Este aviso se le proporcionan a usted para el Health Insurance Portability and Accessibility Act de 1996 y su reglamento de ejecución ("HIPAA"). Está diseñado para decirle a usted cómo puede bajo la ley federal, usar o revelar su información de salud.)

1. Your Rights(Sus derechos)

You have the right to request restrictions on the uses and disclosures of your health information. However, we are not required to comply with all requests. You are allowed to restrict transmittal of health care charges to your insurance carrier if you pay or those services, in full, by other means.(Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con todas las peticiones. Que se le permita restringir envío de los costes sanitarios a su compañía de seguros si usted pagar por los servicios, en su totalidad, por otros medios.)

You have the right to receive your health information through confidential means and in a manner that is reasonably convenient for you and us.(Usted tiene el derecho de recibir información sobre su salud a través medios confidenciales y de una manera que sea razonablemente convenientes para usted y nosotros.)

You have the right to inspect and copy your health information.(Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica.)

You have the right to request that we amend your health information that is incorrect or incomplete. We are not required to change your health information and will provide you with information about our denial and how you can disagree with the denial.(Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos información de salud que usted es incorrecta o está incompleta. No tenemos la obligación de cambiar su información de salud y le proporcionaremos información acerca de nuestra negación y cómo se puede estar en desacuerdo con la negación.)

You have a right to receive and accounting of disclosures of your health information made by us except that we do not have to account for disclosures: authorized by you; made for treatment, payment, health care operations; provided to you; provided in response to an authorization; made in order to notify and communicate with approved family members; and/or for certain government functions, to name a few.(Usted tiene el derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud hechas por nosotros excepto en que no tenemos para dar cuenta de las divulgaciones: autorizado por usted; Hecho para el tratamiento, pago, operaciones del cuidado de la salud; que se le proporcionan, siempre en respuesta a una autorización previa, con el fin de notificar y comunicar con aprobado los miembros de la familia; y/o de ciertas funciones del gobierno, por nombrar unos pocos.)

You have been provided with a paper copy of this notice of privacy practices. If you would like to have a more detailed explanation of these rights or if you would like to exercise one or more of these rights, please contact our HIPPA Compliance Officer.(Se le ha dotado de una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si le gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer una o más de estas, por favor contacte a nuestro Oficial de la conformidad de HIPAA.)

2. We may use or disclose your health information for purposes of treatment, payment or health care operations without obtaining your prior authorization and here is one example of each:(Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud sin obtener autorización previa y que aquí se presenta un ejemplo de cada uno:)

We may provide your health information to other health care professionals; including doctors, nurses and technicians; for purposes of providing you with care.(Nos puede proporcionar su información de salud para otros profesionales de la salud, incluidos los médicos, enfermeras y técnicos; para efectos de la prestación, con cuidado.)

Our billing department may access your information.Nuestro departamento de facturación puede acceder a la información de su cuenta y enviar las piezas relevantes para las compañías de seguros que nos permita ser abonado por los servicios que prestamos a usted.

We may access or send your information to our attorneys or accountants in the event we need information in order to address one of our own business functions. Our attorneys and accountants are required to maintain confidentiality when they receive patient information.(Que pueda tener acceso o enviar su información a nuestros abogados o contadores en caso que necesite información a fin de afrontar una de nuestras propias funciones empresariales. Nuestros abogados y las cuentas están obligados a mantener la confidencialidad cuando reciben información sobre el paciente.)

3. We may also use or disclose your health information under certain circumstances without obtaining your prior authorization. However, in general, we will attempt to ensure you have been made aware of the use or disclosure of your health information prior to providing it to another person. Some instances where we may need to disclose information include but not limited to:(Nosotros también podemos usar o divulgar su información médica en ciertas circunstancias sin obtener su autorización previa. Sin embargo, en general, se intentará garantizar que se ha dado a conocer el uso o divulgación de su información de salud antes de que otra persona. En algunos casos podemos necesitar revelar información incluyen pero no se limitan a:)

To notify and/or communicate with your family. We will only communicate with family members that we are authorized to communicate with based on your completion of the authorization to disclose health information to family and friends form.(Para informar y/o comunicar con usted y su familia. Únicamente nos pondremos en contacto con los miembros de la familia que estamos autorizados a comunicarse con base en los resultados tras la finalización de la autorización para divulgar información de salud para la familia y los amigos.)

As required by law.(Como lo exige la ley.)

For health oversight activities. We may use or disclose your health information to health oversight agencies during the course of audits, investigations, certification and other proceedings.(Para las actividades de vigilancia de la salud. Nosotros podemos usar o revelar su información de salud a agencias de vigilancia de la salud durante el curso de las auditorías, investigaciones, certificación y otros procedimientos.)

In response to civil subpoenas or for judicial administrative proceedings. We may use to disclose your health information, as directed, in the course of any civil administrative or judge proceeding.(En respuesta a la citación judicial o de procedimientos administrativos. Nos puede ser útil para divulgar la información sobre su salud, como se indica, en el curso de la administración civil del juez.)

To law enforcement personnel. We may use or disclose your health information to a law enforcement official to comply with a court order or grand jury subpoena and other law enforcement purposes.(Al personal encargado de hacer cumplir la ley. Podemos utilizar o divulgar su información de salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para cumplir con una orden judicial o citación jurado y otros efectos de la aplicación de la ley.)

For purposes of organ donation: We may use or disclose your health information for purpose of communication to organizations involved in procuring, banking or transplatin organs or tissues.(A los efectos de la donación de órganos: Podemos utilizar o revelar su información de salud con el fin de comunicarse a las organizaciones que participan en la adquisición, banca o trasplante de órganos o tejidos.)

For Worker's Compensation. We may use or disclose your health information as necessary to comply with worker's compensation laws.(Para la remuneración de los trabajadores. Podemos usar o divulgar su información de salud si es necesario cumplir con las leyes de compensación del trabajador.)

- 4. For all other circumstances, We may only use or disclose your health information you have signed an authorization. If you authorize us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time.(Para todas las demás circunstancias, podemos usar o revelar su información de salud que usted haya firmado una autorización. Si usted nos autoriza a usar o revelar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.)**
- 5. You should be advised that we may also use or disclose your health information for the following purposes:(Debe saber que nosotros también podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes fines:)**

Appointment reminders. We may use your health information in order to contact you to prior appointment reminders or to give information about other treatments or health-related benefits and services that may be of interest to you.(Recordatorios de citas. Podemos usar su información de salud para ponernos en contacto con usted antes de recordatorios de citas o de dar información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted.)

Change of ownership. In the event that our business is sold or merged with another organization, your health information/record will become the property of the new owner.(Cambio de titularidad. En el caso de que nuestro negocio se vende o se fusiona con otra organización, su información de salud o el registro se convertirá en propiedad del nuevo dueño.)

6. Our duties(Nuestros deberes)

We are required by law to maintain the privacy of your health information and to provide you with a copy of this notice.(Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle una copia de este aviso.)

We are also required to abide by the terms of this notice.(También nos vemos obligados a respetar los términos de este aviso.)

WE reserve the right to amend this notice at any time in the future and to make the new notice provisions applicable to all your health information; even if it was created prior to the change in the notice. If any such amendment is made that materially changes this notice, we will send you another copy.(Nos reservamos el derecho a modificar el presente aviso, en cualquier momento en el futuro y hacer que el nuevo anuncio disposiciones aplicables a todos su información de salud; incluso si se ha creado antes de la modificación de la convocatoria. Si cualquiera de estas modificaciones es que materialmente los cambios este aviso, le enviaremos otra copia.)

7. Complaints to our practice and the government.(Las quejas de nuestra práctica y el gobierno.)

You may make complaints to the Security of the Department of Health and Human Services ("DHHS") if you believe your rights have been violated.(Usted puede hacer una denuncia a la seguridad de el departamento de salud y servicios humanos ("DHHD") si usted cree que sus derechos han sido violados.)

We promise not to retaliate against you for any complaint you make to the government about our privacy practices.(Nosotros nos comprometemos a no tomar represalias contra usted por cualquier queja que hacer al gobierno acerca de nuestras prácticas de privacidad.)

8. Contact information.(Información de contacto)

You may contact us about our privacy practices or file a complaint by calling our Privacy Officer.(Usted puede ponerse en contacto con nosotros acerca de nuestras prácticas de privacidad o presentar una queja llamando a nuestro oficial de privacidad.)

Patient Signature:(Firma del paciente:) _____

Patient Printed Name:(Nombre del paciente:) _____

Date:(Fecha:) _____

HIPPA Patient Questionnaire(HIPPA Cuestionario Para El Paciente)

1. Please list the family members or other persons, if any, whom we may inform about your general medical condition and your diagnosis (including treatment, payment and health care operations:)(Sírvese facilitar una lista de los miembros de la familia o de otra persona, en su caso, a la que nos puede informar acerca de su condición médica general y su diagnóstico (inclusive el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud:)

2. Please list the family members or significant others, if any, whom we may inform about your medical condition ONLY IN AN EMERGENCY.(Sírvese facilitar una lista de los miembros de la familia u otras personas importantes, en su caso, a la que nos puede informar sobre su condición médica sólo en caso de una emergencia.)

Name:(Nombre:)	Phone #:(Número de teléfono:)
Name:(Nombre:)	Phone #:(Número de teléfono:)
Name:(Nombre:)	Phone #:(Número de teléfono:)
Name:(Nombre:)	Phone #:(Número de teléfono:)

3. Please print the address of where you would like your billing statements and/or correspondence from out office to be sent if other than your home.(Por favor imprima la dirección a la que las facturas y/o correspondencia desde nuestra oficina para su envío si no sea su casa.)

4. Please indicate if you want all correspondence from our office sent in a sealed envelope marked "CONFIDENTIAL".(Por favor, indique si desea toda la correspondencia de nuestra oficina envía en un sobre sellado marcadores "CONFIDENCIAL".) Yes(Sí) No(No)

5. Please print the telephone number where you want to receive calls about your appointments, lab and x-ray results or other health care information if other than your home phone number:(Por favor, imprima el número de teléfono en el que desee recibir llamadas acerca de sus citas, de laboratorio y de rayos x u otros resultados información de salud si no el número de teléfono de su casa:)

6. Can confidential messages; for example appointment reminders be left on your telephone answering machine or voicemail?(Puede mensajes confidenciales; por ejemplo recordatorios de la cita en su contestador telefónico o correo de voz?) Yes(Sí) No(No)

7. I understand the Privacy Protection Act.(Entiendo que la ley de protección de la privacidad.)

Patient Name:(Firma del Paciente:)
(Guardian if under 18 yearsTutor si es menor de 18 años)

Patient/Guardian Signature:(Nombre del paciente:)

Date:(Fecha:)