



PRACTICAS DE SALUD INFORMATIVA (NOTICIA PRIVADA)

Esta noticia describe como es que su informacion de salud puede se usada y come usted ¡puede tener acceso a esta informacion. Por favor revisela cuidadosamente.

Como usaremos su expediente medico:

- Guías basicas para planear su cuidado y tratamiento.
- Acceso de comunicacion entre otros profesionales de salud que contribuyen al cuidado de su salud.
- Documento legal explicando el cuidado que usted necesita.
- Asegurar su exactitud.
- Entendimiento mejor de como, quien, cuando, donde, y porque otros pueden tener acceso a su informacion
- Informarle sus derechos cuando autorize transferir informacion privada a otros medicos.

Derechos sobre su expediente medico:

A pesar de que el expediente medico es propiedad del Doctor o la officina o de la institucion que usted a elegido, usted tiene el derecho a:

- Pedir una restriccion de ciertos usos y liberacion de informacion de salud.
- Obtener una copia de sus derechos y responsabilida cuando usted la requiera.
- Revisar u obtener una copia de su expediente medico.
- Corregir su expediente de salud medico.
- Obtener una cueta de informacion expuesta sobre su salud.
- Revocar su autorizacion para usar o exponer su informacion de salud al menos que la accion ya se haya tomado.

Nuestras responsabilidades

- Mantener privada su expediente de salud.
- Proveerle con una noticia de nuestras responsabilidades legales y practicas privadas con respecto a su informacion de salud.
- Seguir los terminos de esta noticia.
- Notificarle si es que no estamos de acuerdo con su autorizacion restringida.
- Proveerle el mejor servicio que le pueda ayudar a informarnos sobre su historial de salud.

Tenemos el derecho a cambiar nuestras practicas y hacer nuevas provisiones efectivas que mantegan y protegan nuestra informacion de salud. Si nuestra informacion de practica llegase a cambiar, le informaremos por correo al domicilio de su expediente medico. No usaremos ni expondremos su informacion de salud sin su autorizacion, exepcto como lo describe este documento.

CONOCIMIENTO DE NUESTRA PRACTICA PRIVADA

Entiendo que como parte del cuidado de la salud, esta organizacion mantiene y origina el expediente de salud de mi hijo(a) sintomas, examinaciones, resultado de exámenes, diagnosticos, tratamientos y cualquier otro plan para el futuro cuidado de mi hijo(o). Entiendo que esta informacion sirve como:

- Plan basico para cuidado y tratamiento de mi hijo(a).
- Acceso de comunicacion entre otros profesionales que contribuyen al cuidado de mi hijo.
- Recurso de informacion para aplicar el diagnostico y cirurgico de mi hijo a mi cuenta de pago.
- Decir por cual la tercera persona (aseguranza) pueda vefificar los servicios que se proveeron.
- Un equipo de operacion, para que el cuidado de salud rutinaria sea de calidad y revizar la abilidad y competencia de nuestros profesionales de la salud.

Yo entiendo que he sido informado(a) de las practicas en nuestra clinica el cual provee una completa informacion y exposicion. Entiendo que tengo el derecho a revisar esta practica antes de firmarla. Entiendo tambien que esta organizacion tiene el derecho a cambiar sus practicas e informacion.

Si la oficina implementa cambios se le avisara al domicilio que ha preveido. Entiendo que tengo el derecho a restringir como es que mi informacion puede se usada o expuesta para seguir un tratamiento, pago, o cuidado de salud y que esta organizacion no requiere estar de acuerdo con mis decisiones.

Entiendo haber recibido informacion sobre las practicas privadas de esta organizacion

Firma: _____ Nombre: _____

Fecha: _____

Inland Empire



Children's Medical Group

7101 Magnolia Avenue, Suite A • Riverside, CA 92504
Office (951) 682-9780 • Fax (951) 682-9787 • www.iecmg.org