

Le Jeune Orthopedic Associates

Rolando Sanchez-Medina, M.D.
Gilbert Beaupertuy-Rojas, D.O.

P.O. Box 143037
Coral Gables, Florida 33134
Tel: 305-649-2133
Fax: 305-642-7184

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DAR A CONOCER INFORMACION

El Departamento de Servicios Humanos y de Salud ha establecido una "Regla de Privacidad" con miras a asegurar que se proteja la privacidad de la información sobre la atención personal de la salud y que se use o se comprara solamente la mínima información que sea necesaria con el fin de proporcionarles una norma a ciertos proveedores de servicios de salud para obtener el conocimiento de sus pacientes para usos y revelaciones de información acerca de la salud de usted para fines de tratamientos, pagos o operaciones de cuidado de la salud. Al firmar el presente consentimiento, usted reconoce comprender que sus médicos tal vez necesiten proporcionar información médica a otros médicos, farmacias, hospitales, compañías de seguro, laboratorios y agencias de facturación correspondientes.

Como paciente nuestro queremos que usted sepa que respetamos la privacidad de sus expedientes médicos personales y que haremos todo lo que nos sea posible para garantizar y proteger esa privacidad y que nos esforzamos siempre por tomar precauciones razonables con el fin de protegerla. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos la mínima información necesaria solamente a aquellos que creemos necesiten tener información sobre la atención a su salud, tratamientos, pagos o operaciones de cuidado de la salud para poder proporcionarle la atención que más le convenga a usted.

También queremos que usted sepa que lo respaldamos para que tenga pleno acceso a sus expedientes médicos personales. Tal vez nosotros tengamos relaciones terapéuticas indirectas con usted (tales como a través de laboratorios que solamente tienen relaciones con médicos y no con pacientes) y quizás tengamos que revelar información personal sobre su salud para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Estas entidades a menudo no tienen que obtener el consentimiento del paciente.

El negarse a dar su consentimiento al uso o revelación de información personal sobre su salud le prohíbe al médico facturar sus servicios, programar la atención que se le vaya a dar a usted en el hospital, llamar a una farmacia para que le despachen una receta así como satisfacer otras necesidades médicas. En virtud de esta ley, tenemos el derecho de negarnos a dar tratamiento si usted decide negarse a revelar Información Personal sobre la Salud ("PHI" por las siglas en inglés de *Personal Health Information*). Si usted decide dar su consentimiento mediante este documento, en algún momento en el futuro usted también podrá revocar dicho consentimiento por escrito. No se dará a conocer ninguna otra información a partir de la fecha en que usted le presente dicha revocación al doctor.

Si tiene alguna pregunta acerca del presente formulario, pida hablar con nuestro Funcionario de Cumplimiento con la HIPAA (HIPAA Compliance Officer).

Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso sobre la privacidad, a pedir que se impongan restricciones así como a revocar por escrito su consentimiento después de usted haber revisado nuestro aviso sobre la privacidad.

Escriba su nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

NOTIFICACION DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES

A nuestros pacientes:

El mal uso de la Información Personal sobre la Salud ("PHI") ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias exasperación y gasto de dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, gerentes y doctores continuamente reciben entrenamiento para que sepan comprender y cumplir las reglas y regulaciones gubernamentales con respecto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud ("HIPAA" por las siglas en inglés de *Health Insurance Portability and Accountability Act*), dándole especial énfasis a la "Regla sobre la Privacidad". Nos esforzamos por alcanzar las más elevadas normas de ética e integridad en la prestación de servicios a nuestros pacientes.

Nuestra política es el determinar adecuadamente los usos apropiados de la Información Personal sobre la Salud en conformidad con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurar que nuestra práctica nunca contribuya de manera alguna al creciente problema de la revelación inapropiada de dicha información. Como parte este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos nos ayuda a impedir cualquier uso inapropiado de Información Personal sobre la Salud ("PHI").

¡También sabemos que no somos perfectos! A causa de ello, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin intención alguna de sancionarlos ni penalizarlos si ellos son de la opinión que un evento compromete nuestra política de integridad de algún modo. Más aún, acogemos las ideas que usted tenga de cualquier problema que tenga el servicio para que podamos resolver esa situación prontamente

Gracias por ser uno de nuestros más valiosos pacientes